Über die vaginale Uterusexstirpation

bei Entzündungen und gutartigen Mißbildungen der Gebärmutter und ihrer Anhänge.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen medizinischen Fakultät

der

Rupprecht-Karls-Universität Heidelberg

vorgelegt von

Arthur Damrow

approb. Arzt aus Dramburg.

Dekan: Hofrat Prof. Dr. **Knauff.**

Referent: Geh. R. Prof. Dr. **Czerny.**

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät in Heidelberg.

Dramburg i. Pom.

Druck von W. Schade & Co.

1896.

Meinem Vater
in Liebe und Dankbarkeit.

Seitdem die vaginale Methode der Uterusexstirpation von Heidelberg aus wieder eingeführt und ihre Technik derartig ausgebildet ist, daß sie in das Repertoir der Operationssäle aufgenommen wurde, ist auch nach und nach die früher eng gezogene Grenze der Indicationen erweitert worden. Waren es früher nur bösartige Tumoren, welche die Totalexstirpation des Uterus indicieren sollten, so läßt man jetzt allgemein auch solche Erkrankungen der Gebärmutter als Indicationen für Totalexstirpation gelten, welche an und für sich nicht lebensgefährlich sind, aber durch ihre Begleiterscheinungen, wie Blutungen, nervöse Störungen und Schmerzen der Patientin das Leben unerträglich machen. Wenn die Heilung derartiger Gebärmutterleiden trotz aller angewandten Behandlungsweisen, welche durch Medicamente und kleine chirurgische Eingriffe versucht wurden, nicht erfolgen will, wenn zunehmende Schwäche durch Blutverluste, wenn unleidliche Störungen vonseiten des Nervensystems, qualvolle Schmerzen und Beschwerden eine radikale Beseitigung des erkrankten Organs erheischen, sichert diese die Erlösung von dem Übel, welche von den Patienten so sehnlich erwünscht wird.

Die Zahl der Operateure, welche die Berechtigung und den Wert der vaginalen Uterusexstirpation anerkennen, ist eine sehr große, und lange anerkannt ist die Indicationsstellung dieser Operation für die verschiedensten Erkrankungen und Malformitäten der Gebärmutter, welche in der durch andere Mittel nicht heilbaren Rückwirkung auf das Allgemeinbefinden Leben, Gesundheit und Erwerbsfähigkeit der Patientin benachteiligen.

Durch eine sorgfältige Ausbildung der Technik, zu welcher eine Reihe von Operateuren, vor allen Czerny, beigetragen haben, hat diese Operationsmethode rasch überall Eingang gefunden.

„Elle sauvegarde“, sagt Péan, „toute à la fois la reputation du chirurgien et la santé des malades.“

Die Geschichte der vaginalen Uterusexstirpation reicht zurück bis auf das Jahr 1822, wo Sauter in Constanz sie zur Entfernung eines carcinomatösen Uterus zuerst ausgeführt hat. 50 Jahre lang waren mit

wenigen Ausnahmen die Erfolge schlecht, die Operation wurde nicht mehr gemacht, vergessen, bis Czerny die Idee des Sauterschen Operationsverfahrens wieder aufnahm und die vaginale Methode der Uterusexstirpation ausbildete und einführte.

Die einzige Indication bildete früher eine maligne Geschwulst, Carcinom oder Sarcom, im Falle daß nach dem Befunde eine wenigstens entfernte Aussicht bestand, alles Krankhafte per vaginam entfernen zu können. Jetzt sind die Grenzen der Indicationen, wie die folgenden Krankengeschichten zeigen werden, weiter gesteckt und Czernys Erfolge in der angedeuteten Richtung haben die anderen Operateure zur Nacheiferung angeregt, daß wir der Lösung dieser Frage als einer abgeschlossenen nicht mehr näher zu treten haben. Lassen sich doch bei der Operation von der vagina aus die Grenzen der Erkrankung viel besser erkennen, Verletzungen der Blase und Ureteren viel leichter vermeiden und die Gefahren des Shoks durch fortfallende Entblößung der Eingeweide ganz umgehen. „Jeder Operateur" — schreibt Billroth an Czerny — „der diese Operation zuerst macht und sieht, wird erstaunt sein, wie einfach und sauber sie auszuführen ist."

Wie sehr diese Operation mit ihrer erweiterten Indicationsstellung Eingang gefunden hat, zeigt uns eine kurze Zusammenstellung der Operateure mit der Anzahl ihrer Operationen in tabellarischer Übersichtlichkeit:

Tabelle I.

Quelle.	Operateur.	Zahl der Operationen.	Indication.	Heilung.
Wiener medicin. Wochenschrift 1894.	Schauta	15	Myom	14
	„	17	Prolaps	16
	„	6	Adenom	6
	„	3	Appendicit. gonorrh.	3
Archiv f. Gynäk. 36.	Leopold	5	Prolaps	5
	„	21	Myom	18
	„	6	Appendicit.	6
	v. Teuffel	1	Prolaps	1
	„	1	Myom	1
Berl. klin. Woch. XX.	Hahn	2	Prolaps	1
	„	1	Parametrit.	—
	„	1	Tumor ?	—
Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XX.	Martin	10	Myom	?
	„	7	Prolaps	?
Deutsche med. Woch. 1886.	„	1	Ruptura uteri	1
	„	1	Pyometra	1
Archiv für Gyn. 35.	Fritsch	8	Prolaps	8

Quelle.	Operateur.	Zahl der Operationen.	Indication.	Heilung.
Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. 27.	Cholmogoroff	1	Myom	?
Deutsche med. Woch. 1887.	Fritz Frank	5	Retroversio adhaesira	4
	"	1	Pruritus uterinus	1
	"	1	Endometrit. polyposa	1
	"	1	Fibrom	?
	"	1	Prolaps	1
	"	1	Neuralgieen	?
	"	1	Prolaps vag.	1
	Staude	1	Prolaps	?
Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. 30.	Kaltenbach	4	Prolaps	4
	Kehrer	1	Prolaps	—
	Kottmann	1	Myom	1
	Olshausen	1	Myom	1
Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. 30.	Kaltenbach	2	Endometritis, Myom	2
Arch. für Gynäk. 47.	Dührssen	1	Retroflexio	1
Ann. de Gyn. 1893.	Richelot	39	Fibrom	38
Extr. des Arch. Prov. de Chir. Paris 1893.	Doyen	28	Fibrom	27
	Jacobs	22	Fibrom	22
Gaz. des Hôp. 1893.	Péan	300	Fibrom, Myom	294
	Segond	102	Appendicitis	91
	Ermano	5	Myom	?
Dissert. Reinecke, Würzburg 1892.	Hofmeier	4	Myom	4
	"	1	Prolaps	1
Dissert. Wrege, Greifswald 1892.	Pernice	1	Myom	1
New-York med. journ. 1894.	Baldy	22	Appendicitis	22
Med. news 1894.	Penrose	15	Salpingitis	15

Auf Vollständigkeit kann die voraufgehende Tabelle keinen Anspruch machen; zu ihrer Aufstellung ist die ganze zugängliche Litteratur benutzt worden. Es sind im ganzen 668 Fälle vaginaler Uterusexstirpation in nicht carcinomatösen Erkrankungen der Gebärmutter, von denen 640 uns über das Endresultat der Operation berichten. Auffällig ist die hohe Zahl der vaginalen Exstirpationen wegen Appendicitis, welche uns Frankreich und Amerika aufweisen, wo die Entfernung des Uterus per vaginam bei Erkrankung der Anhänge eine viel geübte Operation ist, da der Uterus nach Entfernung der Eierstöcke von keinerlei Nutzen und Wichtigkeit ist. In einer gewissen Anzahl von Fällen, wo der Uterus an der Erkrankung der Anhänge Anteil nimmt, wo er durch die Passage einer ascendierenden Erkrankung mehr oder weniger deutliche Spuren derselben zeigt, ist es auch

im vollsten Maße gerechtfertigt, ihn zu entfernen, wenn anzunehmen ist, daß derselbe später der Sitz einer Erkrankung werden wird.

Die Ausführung der Operation ist bei den einzelnen Operateuren verschieden: Czerny, Billroth lösen den Uterus in situ heraus; Martin, Péan und andere stürzen ihn um; P. Müller, Doyen üben die mediane Spaltung, kurz eine systematische Gleichheit der Operation ist nicht vorhanden und auch wohl von der Individualität des einzelnen Falles und des Operateurs abhängig. In den wenigen Jahren, welche seit der Einführung der vaginalen Totalexstirpation des Uterus verflossen sind, ist die Litteratur über diese Operationsmethode ganz außerordentlich umfangreich geworden und die Klarstellung der fraglichen Punkte, Indication und Technik, ist durch Veröffentlichung der diesbezüglichen Fälle mehr und mehr erfolgt.

Herr Geheimrat Czerny hatte die Güte, mir die Veröffentlichung folgender Krankengeschichten zu überlassen, welche in extenso über 25 vaginale Uterusexstirpationen in nicht carcinomatösen Fällen berichten.

1. C. B., 36 Jahr alt, aus Niefern. Endometritis. Retroflexio. Vaginalexstirpation wegen Blutung aus der Uterina.

Anamnese: Patientin hat als Kind Scharlach durchgemacht, ist sonst stets gesund gewesen. Der erste Mann starb an Kehlkopfschwindsucht, ein Kind aus dieser Ehe ist 14 Tage alt an Gichtern gestorben. Der zweite Gatte lebt und ist gesund. 4 Kinder dieser zweiten Ehe sind an Krämpfen gestorben, 1 Kind lebt, leidet an Husten und ist sehr schwächlich. Seit dem letzten Wochenbett im Oktober 1889, das Patientin etwas früh verlassen hat, fühlt Patientin Schmerzen im Unterleib und im Kreuz. Gleichzeitig verspürt sie seit jener Zeit zeitweilig heftiges Herzklopfen, auch ist das Atmen bedeutend erschwert. Aus diesen Gründen fragte Pat. einen Arzt um Rat, der einen Herzfehler diagnostizierte und bei einer zweiten Untersuchung einen Prolaps des Uterus fand, weswegen er die Pat. an einen Frauenarzt in Karlsruhe wies. Dieser behandelte den Vorfall mit Ringen. Diese linderten die Beschwerden wohl, machten die Patientin aber nicht wieder vollkommen arbeitsfähig. Gegenwärtig bestehen die Beschwerden in starkem Brennen beim Urinieren, mäßiger Stuhlverstopfung und einem Gefühl von Drängen nach unten.

Status: An den Brustorganen der großen und kräftig gebauten Patientin ist nichts Abnormes nachweisbar; die öfters eintretenden dyspnoischen Zustände sind wahrscheinlich Reflexerscheinungen, von den Genitalorganen ausgehend. Geringe Struma, welche jedoch keine Compressionserscheinungen macht, auch nicht substernal entwickelt ist. Kehlkopf und Trachea normal; im Rachen diffuse Follikelschwellung, rechts in der Nasenhöhle Papillome an der unteren Muschel. (Prof. Juraß.) Abdomen weich, nirgends empfindlich; vagina weit, vulva klaffend; hintere Vaginalwand beim Pressen leicht prolabierend; Damm kurz; Portio ziemlich hochstehend, stark verdickt, derb; Muttermund quergespalten, mit zahlreichen Einkerbungen; Uteruskörper kleinapfelgroß, ziemlich derb in retrovertierter Stellung zu fühlen, Parametrien frei.

Operation: 14. Mai 91. In der Narcose wird nach der üblichen Desinfektion die Amputation der Vaginalportion gemacht, wobei jedoch auf beiden Seiten der Schnitt etwas zu hoch und zu weit seitlich geführt wurde, so daß beide Parametrien und vermutlich auch die Arteria uterina verletzt waren. Da trotz der angelegten vaginalen Cervixnähte und Unterbindung der blutenden Gefäße die Blutung nicht stand und im Douglas, der etwas eingerissen war, eine ziemliche Menge Blutcoagula sich fanden, so wurde zur vaginalen Exstirpation des Uterus und seiner Adnexe unter doppelter Unterbindung der Ligamenta lata geschritten. Seitlich wurde die Wunde etwas verkleinert und nach Ausräumung der Blutcoagula Jodoformgaze eingeschoben. Nach der Operation starke Anaemie und etwas kleiner Puls.

14. Mai: Wiederholtes Erbrechen nach der Operation, heftige Schmerzen im Leib; Entfernung der Jodoformgaze aus der vagina; Cathetereinführung und Ausspülung der Blase mit Borsäurelösung; Tamponade der vagina mit Jodoformgaze. Puls 90, klein, regelmäßig; Strophantus 3×15 gtt; Opium.

15. Mai: Befinden etwas besser; Schmerzen noch ziemlich heftig; morgens Catheter, nachmittags 2 spontane Entleerungen des Urins. Puls 96, etwas kräftiger.

16. Mai: Schmerzen besonders im Hypogastrium; spontane Entleerung des Urins; Puls 96, regelmäßig, ziemlich kräftig, abends 102. Nach Entfernung der Jodoformgaze und Dochte, die stark blutig sind, aber kein zersetztes Secret enthalten, Ausspülung mit schwacher Sublimatlösung und Tamponade mit Jodoformgaze. Abdomen etwas empfindlich, Prießnitz, Opium.

17. Mai: Ausräumung von Blutcoagulis aus der Peritonealhöhle; Einlegen eines Gummidrains, Ausspülung mit schwacher Sublimatlösung.

20. Mai: Entfernung der Jodoformgaze; Ausspülung mit schwacher Sublimatlösung; Drainage.

22. Mai: Entfernung der Drainage, Ausspülung mit schwacher Sublimatlösung.

25. Mai: Wegen Temperatursteigerung (38,2) in Rückenlage auf dem Querbett Ausspülung der vagina, Einlegen eines Drainrohrs und Tamponade mit Jodoformgaze.

27. Mai: Entfernung des Tampons und der Drainage. Ausspülung mit Sublimatlösung.

31. Mai: Patientin verläßt zum ersten Male das Bett. Schmerzen in der linken Wade. Massage mit Spiritus camphoratus.

1.—6. Juni: Vaginale Ausspülung mit Sublimatlösungen.

7. Juni: Patientin entlassen. Vaginale Wunde vollkommen geschlossen, ziemlich stark eingezogen. Der eine Stumpf ist nekrotisch abgestoßen, lag in der vagina; Ausfluß noch etwas riechend.

2. L. M., 46 Jahr alt, aus Basel. Metritis, Oophoritis, Parametritis utriusque lateris.

Anamnese: Mit 17 Jahren verheiratet, erste Geburt Forceps, Cervix- und Perinealriß, letzterer complet. Im Wochenbett Fieber; die erste Periode post partum sehr stark und begleitet von ziehenden Schmerzen im Kreuz. Beschwerden von Senkung des Uterus und Vorfall der hinteren Scheidenwand. Nach 2 Jahren zweite Geburt, ebenfalls Forceps, Zunahme des Prolaps; nach abermals 2 Jahren dritte und letzte Geburt, normal. 4 Jahre später traten Blasenbeschwerden auf, Blasenkrämpfe und Incontinentia vesicae. 1889 waren diese Beschwerden so

stark, daß Patientin operiert wurde in Frankfurt; es wurde eine Naht des Cervicalrisses, Dammrisses sowie eine Kolpoperineoraphie gemacht. Im Anschluß an die Operation trat eine Unterleibsentzündung auf, Vereiterung der Nähte und doppelseitige Thrombose der Oberschenkelvenen. Der Prolaps kehrte wieder. Eine zweite Prolapsoperation wurde im Herbst 1889 vorgenommen, in welcher nach Aussage der Patientin ein vollständiger Verschluß der Scheide bis zur Urethralmündung gemacht wurde. Winter 1890 wurde in der Marburger Frauenklinik die verschlossene Scheide wieder geöffnet. Prolaps- und Blasenbeschwerden hörten nun auf. 1891 traten Schmerzen in der Scheide und stärkerer Ausfluß ein und unterzog sich Pat. in der Heidelberger Frauenklinik einer Portio-Amputation. Jetzt bestehen Schmerzen in der rechten Ovarialgegend sowie rechten Leiste, woselbst sich seit einigen Monaten ein schmerzhafter Strang gebildet habe. Die Beschwerden bestehen fortwährend, nehmen aber während der Periode an Intensität zu.

Status: Abdomen weich, Bauchdecken sehr schlaff. In beiden Ovarialgegenden sowie in der Blasengegend Druckempfindlichkeit. Genitaluntersuchung ergiebt: sehr hartes Perineum, Introitus vaginae sehr eng, derbe lineare Narbe in der Mittellinie des Dammes bis in den Analring. Scheide eng, Vaginalportion fehlt, im Scheidengewölbe findet sich deren Stumpf, 2 kurze, ungleich gebildete Lippen, welche das klaffende Orificium externum uteri begrenzen. Im rechten Scheidengewölbe eine querziehende derbe Narbe. Rechtes Parametrium etwas verdickt, rechtes Ovarium nicht vergrößert, fixiert und druckempfindlich. Links dieselben Erscheinungen im geringeren Maße.

Operation: 10. Oktober 92. Typisch vaginale Uterusexstirpation mit Entfernung der Tuben und Ovarien, nachdem die stark verengte Scheide durch Spaltung des Dammes bis 1 cm vor dem anus erweitert war. Nach Entfernung des Uterus und Adnexe Naht des Vaginalgewölbes und Fixierung der Ovarialstümpfe in den Winkeln. Beiderseits Einschiebung von Jodoformdochten. Tamponade der Scheide. Der exstirpierte Uterus zeigt die Veränderung von chronischer Metritis und Endometritis, kleincystische Degeneration der Ovarien.

20. Oktober: Starke ziehende Schmerzen in den Parametriengegenden. Urin muß mit Katheter geholt werden.

21. Oktober: Urin wird spontan entleert; Schmerzen haben auf Eisbeutelapplication und nachts Morphium vollständig nachgelassen.

23. Oktober: Entfernung der Jodoformdochte, Ausspülung der Scheide mit schwacher Sublimatlösung.

2. November: Entfernung sämtlicher Vaginalnähte, sowie der Ligaturen des linken Ovarialstumpfes. Die rechte Ovarialligatur haftet noch fest.

3. November: Plötzliche Temperatursteigerung abends auf 39, bedingt auch eine Angina.

5. November: Fieber verschwunden, Angina verringert.

19. November: Patientin steht auf.

20. November: Geheilt entlassen.

Patientin stellt sich noch wiederholt ganz genesen vor. Sie ist wieder imstande, Krankenpflege zu leisten, wenn auch nicht so ausdauernd wie vor ihrer Erkrankung.

3. E. Sch., 37 Jahr alt, aus Frankfurt a. M. **Myomata uteri, chron. Endometritis und Parametritis, Haematosalpinx.**

Anamnese: Mit 19 Jahren verheiratet, machte Patientin nach 3 Jahren eine normale Geburt durch. Während der Schwangerschaft tägliche Anfälle von Bewußtlosigkeit und Krämpfen, die ohne bestimmte Veranlassung — Schreck oder Aufregung — entstanden und meist 1—2 Stunden dauerten. Die Periode war nach der Geburt stärker und ging später unter ziehenden Schmerzen im Kreuz einher. Die Schmerzen wurden stärker und der behandelnde Arzt konstatirte eine Retroflexio uteri. 2 Jahre lang Tamponadebehandlung, die Beschwerden bestanden weiter. 1880 wurde ein Ring eingelegt und vorübergehende Besserung erzielt. Nach $^1/_2$ Jahr wurde die Periode immer reichlicher, dauerte länger an und verband sich mit krampfartigen Schmerzen. Seit 4 Jahren ist Patientin nie von Schmerzen frei, klagt über Ziehen und Stechen in beiden Leistengegenden, im Kreuz und den Schenkeln. Zur Zeit der Periode treten in der Leistengegend beiderseits hart anzufühlende Stränge auf. Ein Frankfurter Arzt machte vor einem Jahr kleine Einschnitte in die portio.

Status: Abdomen weich, Bauchdecken straff. In der rechten Leistengegend fühlt man in der Tiefe gegen das kleine Becken zu einen breiten, derben, unregelmäßigen Strang, der druckempfindlich ist.

Portio derb, nach vorn gerichtet, der Uteruskörper birnengroß im Douglas liegend, läßt sich nur wenig emporheben, retroflectiert und dextrovertiert. An der rechten Uteruskante eine haselnußgroße, derbe, fest aufsitzende Geschwulst. Die rechten Appendices vom Uterus nicht abgrenzbar. Linke Ovar von Wallnußgröße deutlich zu fühlen.

Operation: 20. Oktober 92. Nachdem in Narkose festgestellt ist, daß sich der Uterus leicht abwärts ziehen läßt, wird zur vaginalen Uterusexstirpation geschritten. Es zeigen sich bei der typisch ausgeführten Operation zahlreiche Verwachsungen der hinteren Douglasfalte mit dem Peritonealüberzug des Uterus und in den Parametrien bedeutende Varicenbildung und 2 Venensteine. Nach portionenweiser Ligierung der stark verdickten Parametrien wird der Uterus abwärts gezogen, die Adhäsionen des Fundus gegen das Kreuzbein hin abgelöst, die Tuben und Ovarien, welche stark verdickt sind und das Bild des Haematosalpinx und kleincystischer Degeneration der Ovarien aufweisen, mit Muzeux gefaßt, hervorgezogen und doppelt ligiert, abgetragen und sammt dem Uterus exstirpiert. Naht des Scheidengewölbes mit 6 Seidenfäden, Fixierung der Ovarienstümpfe in den Wundlinieecken, nebendran Einschieben von Jodoformdochten. Tamponade der Scheide mit Jodoformgaze.

Der exstirpierte Uterus hat eine Länge von 14 cm, sein cavum 10 cm. Am Fundus in seiner hinteren Wand ein wallnußgroßes interstitielles Myofibrom, in der Mitte der vorderen Wand ein subseröses Fibrom, in der rechten Seitenwand ein interstitielles Fibrom. Gesammtbreite am Ursprung der Adnexe 8 cm, in der inneren Muttermundsgegend 6 cm. Uterusschleimhaut verdickt und stark hyperämisch. Tuben stark geschlängelt und beiderseits mehrfach ampullenförmig erweitert und mit altem Blut angefüllt. Ovarien beiderseits cystisch degeneriert.

20. Oktober: Starke Schmerzen in beiden Leistengegenden. Morphium subkutan. Opiumtinctur. Katheter.

21. Oktober: Schmerzen noch stark. Opium. Katheter.

22. Oktober: Schmerzen fast ganz verschwunden. Urin spontan.

23. Oktbr.: Jodoformdochte entfernt. Ausspülung mit schwacher Sublimatlösung.

24. Oktober: Ausspülung.

28. Oktober: Entfernung der Vaginalnähte. Ligaturen der Stümpfe haften noch fest.

2. November: Abgang der rechten Stumpfligatur.

5. November: Abgang der linken Stumpfligatur.

8. November: Aufstehen. Vollständig fieberloser Verlauf.

12. November: Geheilt nach Hause entlassen.

Vollständige Beseitigung aller Beschwerden noch nach 2 Jahren konstatiert.

4. M. W., 45 Jahr alt, aus Weinheim. Prolapsus uteri et vaginae; Myom; Metritis chronica; Retroflexio.

Anamnese: Mit 20 Jahren verheiratet, Periode mit 17 Jahren, regelmäßig. 8 Partus, davon 5 Mal Forceps. Nach der 3. Geburt 4 Wochen lang Unterleibsentzündung. Vor 5 Jahren letzte Geburt. Periode seither unregelmäßig, stark. Schon seit dem ersten Wochenbett bemerkte Patientin das Hervortreten eines fast hühnereigroßen Körpers aus der vagina bei stärkeren Anstrengungen. Nach der letzten Geburt wurde dieser Vorfall größer und ging nur bei sitzender oder liegender Stellung zurück. Kreuzschmerzen, Stuhlverstopfung, Beschwerden beim Urinieren.

Status: Abdomen weich, Bauchdecken schlaff, Diastase der recti. Vulva klaffend, aus ihr tritt eine gänseeigroße Geschwulst hervor, welche durch eine Querspalte in zwei Teile geteilt ist. Die vordere stark verdickte Muttermundslippe trägt eine markstück-große Erosion; die Scheidenschleimhaut ist mit vor die vulva ausgestülpt; Scheide verkürzt, Scheidengewölbe tiefstehend und fast verstrichen. Cervix sehr verdickt und stark verlängert (8 cm). Uteruskörper vergrößert, retroflectiert, füllt fast ganz das kleine Becken aus, er ist ungefähr so groß wie ein Kleinkinder-Schädel; in verticaler Richtung läßt er sich ein wenig heraufheben. In liegender Stellung tritt die Geschwulst in die vulva hinein; die Scheide ist nun sehr tief und weit. Muttermund ist nach oben gerichtet. Ligamenta lata und sacro-uterina sind beiderseits sehr erschlafft. Blase nach unten und vorn gezogen. Rectum unten stark ampullenförmig erweitert. Cavum 16 cm lang.

Operation: 29. November 92. Hervorziehen des Uterus, Umschneidung der vorderen und hinteren Muttermundslippe, Auslösen des Cervix bis zur vorderen und hinteren Douglasschen Falte; Eröffnung derselben und Fixierung des parietalen Peritonealblattes mit der Scheidenschleimhaut der Cervixumschneidungswunde mittelst fortlaufender Catgutnaht. Partieenweise Umstechung der Parametrien mit doppeltlangen Seidenligaturen, isolierte Unterbindung der Arteria uterina, Durchtrennung der Parametrien und der Arterien zwischen den einzelnen Ligaturen. Der Uteruskörper wird leicht herabgezogen, Tube und Ovarien der rechten Uteruskante sowie das Parametrium doppelt partieenweise ligiert und durchtrennt; dasselbe dann links und dann der Uterus im Zusammenhang mit beiderseitigen Adnexen exstirpiert. Die Ovarialstiele werden an den Ligaturfäden in die Scheidenwunde hereingezogen und in den beiden Ecken mit Catgut eingenäht. Schließung der Scheidenwunde mit 6 Catgutnähten.

Dicke des Uterus am Fundus ca. 5 cm, in der Mitte 4 cm. Wandung stark fibrös verdickt. Ovarien klein-cystisch degeneriert.

29. November: Abends Schmerzen im Kreuz. Katheter.

30. November: Urin spontan. Kein Fieber.

3. Dezember: Abends 38,4. Entfernung der Tamponade, Ausspülung der vagina mit schwacher Sublimatlösung.

4. Dezember: Auf Pulv. Sennae comp. reichlicher Stuhl.

14. Dezember: Abgang der Stumpfligaturen.

22. Dezember: Geheilt nach Hause entlassen; zur Vornahme der Prolapsoperation wiederbestellt.

5 Monate nach der Uterusexstirpation stellt sich Patientin vor zur Operation des Scheidenprolapses. Die vulva klafft wenig; bei starker Bauchpresse tritt die vordere Scheidenwand ungefähr in Hühnereigröße aus der Schamspalte hervor; die hintere Scheidenwand prolabiert nur wenig. Im Grund der vagina eine 3 cm lange quere Narbe, an beiden Ecken derselben 2 grübchenförmige Einziehungen, die als die früheren Einnähungsstellen der Stümpfe imponieren. Abdomen keinerlei Resistenz und Schmerzhaftigkeit. Allgemeinbefinden gut. Es wird am 8. Mai 93 eine Colporaphia anterior et posterior gemacht und Patientin am 24. Mai geheilt entlassen.

5. El. W., 41 Jahr alt, aus Oggersheim. Retroflexio uteri; Prolapsus vaginae, myoma uteri, Metrorrhagien.

Anamnese: Patientin stammt aus phtisischer Familie, mit 18 Jahren Periode, 20 Jahren Blutspeien, 24 Jahren verheiratet. Nach 2 Jahren erneutes Blutspeien, mit 28 Jahren Pleuritis. Von 10 Geburten waren 8 normal. Heftige Blutungen vor und während der Geburt, einmal Placenta gelöst. Die ersten 7 Kinder an verschiedenen Krankheiten gestorben. Seit der letzten Geburt Vorfall der vagina, Schmerzen in der linken Seite des Leibes; unregelmäßige, sehr starke Periode. Seit 2 Jahren immer mehr zunehmende Beschwerden, häufige Blutungen aus der vagina, 5 Wochen lang einmal anhaltend.

Status: Abdomen nicht aufgetrieben, weich. Vulva klaffend; Scheide weit, Schleimhaut rauh, verdickt; die rechte Scheidenwand ist durch eine Cyste der Bartholinischen Drüse vorgewölbt, vordere Scheidenwand prolabiert, in mäßigem Grad auch die hintere. Vaginalportion kurz, verdickt, sieht nach unten. Uterus stark retroflectiert, an der hinteren Seite ein wallnußgroßer Tumor. Rechtes und linkes Ovarium vergrößert.

Operation: 20. März 93. Typische vaginale Uterusexstirpation. Extraperitoneale Versenkung der Stümpfe. Tamponade mit Jodoformdochte. Seidennaht und Tamponade der Scheide.

Hintere Uteruswand zeigt diffuse myomatöse Wucherungen. Cystische Degeneration beider Ovarien.

24. März: Fieberloser Verlauf seit der Operation. In den ersten Tagen nur wenig Kreuzschmerzen. Entfernung der Tampons und erneute Tamponade der Scheide mit Jodoformgaze.

28. März: Tamponwechsel. Von jetzt ab tägliche Ausspülung der Scheide mit schwacher Sublimatlösung.

4. April: Entfernung der Nähte im Scheidengewölbe. Patientin steht auf.

8. April: Leichte Gallensteinkolik. Besserung durch warme Umschläge.

13. April: Vaginalwunde vollständig per primam verheilt. Abdomen nicht schmerzhaft. Leibbinde wegen Enteroptosis.

6. K. R., 23 Jahr alt, aus Gennweiler. Metritis, Salpingitis utriusque lateris tuberkulosa.

Anamnese: Seit dem 15. Jahre menstruiert, mit 20 Jahren verheiratet, 1 Kind. Nach dieser Geburt allgemeines Schwächegefühl mit starken, unregelmäßigen Blutungen. Nach 1 Jahr Ascites, Punktion von 7 Litern seröser Flüssigkeit. Der Ascites blieb weg. Eine Laparatomie zur Entfernung erkrankter Adnexe wegen Verwachsungen der Därme mit den Bauchdecken vergeblich. 6 Wochen nach der Operation heftige Blutungen, die jetzt noch andauern und Patientin veranlassen, die Klinik aufzusuchen.

Status: Abdomen nicht aufgetrieben, straffe Bauchdecken; zwischen Symphyse und Nabel 12 cm lange Narbe. Keine Resistenz im Leib zu fühlen.

Scheide ziemlich weit, starker blutiger Ausfluß. Portio vaginalis kurz; Corpus vergrößert, antiflectiert; linke Parametrien stark verdickt und druckempfindlich, rechtes Parametrium wenig derb; rechtes Ovar etwas vergrößert. An der Vaginalportion starkes Ektropium und Erosion.

Operation: 16. Mai 93. Cervix circulär umschnitten, durch Umstechen links Art. uter. versorgt. Hintere Douglas eröffnet; die Öffnung des vorderen Douglas gelingt schwer, wegen Adhärenz des Uterus. Durch Muzeux nnd Doppelhaken wird der Uterus nach vorn gestürzt und linke Tube und Ovar extrahiert. Unterbindung des Ligamentum infundibulo-pelvicum. Der mittlere Teil des Ligamentum latum reißt beim Vorziehen ab und die arteriellen Blutungen werden durch vorläufige Compression gestillt. Entwicklung und Unterbindung der rechten Appendices, wobei die rechte Tube in der Mitte durchreißt und erst secundär mit dem Ovar entfernt wird. Unterbindung des rechten Ligamentum latum in 2 Portionen. Blutstillung auf der linken Seite durch Umstechung. Einnähen der beiden Ligamentenstümpfe in die Winkel der Scheidenwunde. Vernähung und Einlegen von Jodoformdocht.

Uterus stark vergrößert; die beiden Tuben in der Mitte stark verdickt und in ihrem lumen käsigen, krümeligen Eiter enthaltend. Ovarien cystisch degeneriert, das rechte mit fast hühnereigroßer hämorrhagischer Cyste. Tubentuberkulose.

16. Mai: Starke Schmerzen im Leib, Katheter.

17. Mai: Urin spontan.

19. Mai: Entfernung des Jodoformdochtes. Ausspülung mit schwacher Sublimatlösung.

26. Mai: Stumpfligaturen haften noch fest. Tägliche Vaginalausspülungen.

29. Mai: Wundlinie des Vaginalfornix verheilt, Ovarialstümpfe nekrotisierend, links Entfernung der Hälfte der Stumpfligaturen. Entfernung der 4 Seide-Vaginalnähte.

3. Juni: Operation an der Hand wegen Caries.

6. Juni: Patientin steht auf.

10. Juni: Entfernung der linksseitigen Ovarialstumpfligaturen.

11. Juni: Patientin entlassen, keine Schmerzen, keine menstruellen Beschwerden.

7. E. R., 45 Jahr alt, aus Schönau. Submucöses Fibromyom des Uterus, profuse Metrorrhagien.

Anamnese: Seit ihrem 15. Jahre ist Patientin menstruiert, unregelmäßig, stets sehr stark, 8 Tage lang. Im 23. Jahre verheiratet. 9 Partus, letzte vor 4 Jahren.

Ende Januar, zur Zeit, da Patientin die Periode erwartete, 4 Wochen dauernde Blutung. Jetzt seit vielen Wochen erneute Blutungen, welche in den letzten 14 Tagen häutige Massen enthalten. Auf Einspritzungen und Umschläge keine Besserung.

Status: Abdomen mäßig aufgetrieben. Hypogastrium dextrum mehr vorgewölbt als sinistrium. Über der Symphyse mehrknolliger Tumor fühlbar, der nach rechts oben sich erstreckt und in einer nach oben convexen Kuppe 2 Finger breit unterhalb des Nabels endet. Tumor beweglich. Vulva etwas klaffend, mäßiger Vorfall der vorderen und hinteren Scheidenwand. Stark blutiger Ausfluß. Scheide weit. Uterusmund mit 2 Fingern durchgängig, maceriert. Lippen verdickt und aufgelockert. Corpus stark vergrößert, antivertiert und in Zusammenhang mit dem durch die Bauchdecken fühlbaren Tumor. Hintere Corpuswand derb. Bei Druck auf den Tumor bewegt sich die portio deutlich nach unten. Cervix sehr weit. Länge des cavum 15 cm. Nach 2 Ausschabungen und Tamponade immer erneute Blutungen.

Operation: 29. Mai 93. Die Umschneidung des Cervix ist sehr blutig, Umstechung mehrerer Gefäße im vorderen Scheidengewölbe, Arteriae uterinae links und rechts versorgt; Eröffnung des Douglas vorn und hinten und Ligatur der beiden Ligamenta lata in 2 Portionen distal vom Ovarium. Nähte des Scheidengewölbes mit Einnähung der Ligamentenstümpfe.

Der exstirpierte Uterus 11½ cm lang, davon 5½ cm auf den Cervix; submucöses Myom im Körper; Ovarien klein mit frischen Corpora lutea.

29. Mai: Katheter. Schmerzen im Leib gering.

30. Mai: Urin spontan entleert.

1. Juni: Entfernung der Vaginaltampons und Jodoformdochte. Ausspülung der Scheide.

4. Juni: Ligaturen der Ovarialstümpfe noch fest. Tägliche Ausspülungen mit schwacher Sublimatlösung. Vollständig fieberloser Verlauf.

15. Juni: Entfernung der Stumpfligaturen sowie der Vaginalnähte.

16. Juni: Patientin steht auf.

21. Juni: Patientin nach Hause entlassen.

8. A. W., 45 Jahre alt, aus Rettigheim. Prolapsus uteri et vaginae.

Anamnese: 9 Partus, Dammriß bei der ersten Geburt und Prolaps der Scheide, der sich bis vor 4 Jahren noch vollständig reponieren ließ und keine Beschwerden machte. Seit 4 Jahren Vergrößerung des Prolapsus und Unmöglichkeit, denselben zu reponieren. Stechende Schmerzen in der linken Unterbauchgegend. Hitze- und Frostgefühl, Brechreiz. Harnentleerung seit 6 Wochen schmerzhaft. Stuhl träge.

Status: Abdomen schlaff, linke Hypogastrium druckempfindlich. Vulva klaffend, Damm 1 cm lang. Vordere Scheidenwand hühnereigroß prolabierend, hintere ebenfalls aus der vulva hervortretend. Uterus tiefstehend, vordere Muttermundslippe rüsselförmig stark verdickt; Uteruskörper stark spitzwinklig retroflectiert, vergrößert. Linke Ovar vergrößert. Im Stehen treten vordere und hintere Scheidenwand und Vaginalportion aus der vulva hervor. Blase im Vorfall der vorderen Scheidenwand. Spontanentleerung unvollkommen.

Operation: 8. Juli 93. Typische Exstirpation des Uterus nebst seinen Anhängen. Die Stümpfe der Ovarien werden in den Ecken der Vaginalwunde eingenäht, der fornix vaginae mit 6 Seidenknopfnähten geschlossen. Jodoformdocht am rechten Wundwinkel eingeschoben, Tamponade der Scheide mit Jodoformgaze.

Uterus 14 cm lang, 7 Cervix, 7 Corpus; Uteruswand verdickt; Ovarien kleincystisch degeneriert.

12. Juli: Vollständig fieberloser Verlauf. Entfernung der Tampons. Urin seit dem 2. Tage nach der Operation spontan.

18. Juli: Entfernung der Nähte.

20. Juli: Patientin verläßt das Bett und am

23. Juli: die Klinik. Vordere Scheidenwand noch etwas tiefstehend, hintere zeigt keinen Prolaps mehr. Nahtlinie vollständig verheilt und vernarbt.

9. E. W., 34 Jahr alt, aus Fußgönnheim. Retroflexio uteri; Oophoritis; Endometritis.

Anamnese: 4 Partus. Periode seit dem 20. Jahr, sehr stark und mit großen Schmerzen. Seit 2 Jahren trägt Patientin Pessarien. Seit 1/2 Jahr Schmerzen in der rechten Ovarialgegend. Urinentleerung schmerzhaft.

Status: Bauchdecken schlaff, mäßige Diastase der recti. Beiderseits oberhalb des Poupartschen Bandes Druckschmerz. Vagina weit. Hintere Scheidenwand etwas prolabiert; Portio steht tief; Muttermundslippen sehr derb und evertiert. Corpus retroflectiert, vergrößert. Ovarien vergrößert und druckempfindlich. Uteruskörper läßt sich leicht aufrichten.

Operation: 17. Juli 93. Nach Auswaschung des Cavum und Tamponade desselben wird der Muttermund mit 3 Nähten verschlossen, mittels deren der Uterus sich bis an die vulva vorziehen läßt; Umschneidung des Cervix; Eröffnung des Peritoneum erst hinten, dann vorn; Umstechung der Uterinae: die Ligamenta lata werden beiderseits von der Mitte aus in 2 Portionen abgebunden und proximal von Tuben und Ovarien durchtrennt; Einnähung der Stümpfe in die Ecken der Vaginalwunde, letztere durch 4 Nähte verschlossen, Einschieben von Jodoformdocht in die Bauchhöhle. Tamponade der vagina. Operationsdauer 40 Minuten.

24. Juli: Vollständig fieberloser Verlauf, gutes Allgemeinbefinden. Am 4. Tage wurde die Tamponade entfernt.

1. August: Entfernung der gelockerten Ligaturstümpfe und der Nähte. Nahtlinie primär verheilt. Keine Beschwerden.

8. August: Geheilt entlassen.

10. E. U., 39 Jahre alt, aus Hettenleidelheim. Retroflexio uteri; chronische Metritis; Oophoritis chronica.

Anamnese: Periode seit dem 14. Jahr; mit 25 Jahren verheiratet; 6 Partus, darunter 2 Zangengeburten, Nr. II und V. Seit 2 Jahren im Anschluß an eine Totgeburt heftige Schmerzen im Leib, die sich seit der letzten Schwangerschaft steigerten. Periode sehr stark, 8 Tage dauernd.

Status: Bauchdecken sehr schlaff, beträchtliche Diastase der recti; Leib nirgends druckempfindlich, keine Resistenz fühlbar. Vagina weit, Vaginalwände etwas prolabiert. Portio tief stehend, verdickt. Muttermund für Fingerspitze bequem durchgängig; seine Lippen evertiert, verdickt; Uterus retroflectiert, vergrößert, druckempfindlich, ebenso Ovarien.

Operation: 29. September 93. Cavum ausgespült und tamponiert, Muttermund mit 3 Seidennähten geschlossen, Umschneidung der Portio, Douglas hinten und vorn geöffnet, Arteriae uterinae durch Umstechung versorgt. Der Uterus läßt sich

leicht und genügend verziehen, um die Abbindung der Ligamenta lata hinter Tube und Ovarium in 2 Portionen vornehmen zu könen. Nach exakter Blutstillung werden die Ligaturstümpfe in die seitlichen Wundwinkel eingenäht. Die weiten Vaginalwände werden unter Mitfassen des Peritoneums bis auf eine kleine Öffnung vernäht, durch welche Jodoformdochte in den Douglas geschoben werden. Uterus vergrößert, 10 cm, Wanddicke 1—2 cm. Ovarien kleincystisch degeneriert.

29. September: Abends starke Schmerzen, Opiumsuppositorien, Catheter.
30. September: Urin spontan. Schmerzen gering.
1. Oktober: Auf Einlauf Stuhl.
3. Oktober: Entfernung der Dochte. Ausspülung. Vaginaltampon.
7. Oktober: Tamponade entfernt. Tägliche Scheidenausspülungen.
19. Oktober: Abgang der linken Ligaturen, Nähte entfernt. Aufstehen.
27. Oktober: Rechte Stumpfligaturen entfernt. Patientin entlassen.

11. Ph. Z., 34 Jahre alt, aus Ludwigshafen. Chronische Oophoritis, Salpingitis, Parametritis mit entzündlichen Verwachsungen mit der Umgebung und Abscedierungen.

Anamnese: Von 5 Kindern leben noch 2, diese sind gesund, die übrigen 3 sind an Kinderkrankheiten gestorben. Patientin will ihre Menstruation zuerst im 18. Jahre gehabt haben, regelmäßig 2—3 Tage; Patientin ist 11 Jahre verheiratet, hat ihre 5 Kinder alle selbst genährt. Das letzte Kind vor 5 Jahren hat sie $1\frac{1}{2}$ Jahre gestillt. Sie fing an sich schlecht zu fühlen und die Periode trat mit starkem Blutverlust auf und dauerte 8 Tage. Während der Stillzeit hat Patientin nie ihre Periode gehabt. Der Blutverlust bei der Menstruation wurde immer stärker und stellten sich „rheumatische“ Schmerzen in Rücken und Beinen ein, wie wenn sie Wehen bekäme. Pat. hat in den letzten 5 Wochen das Bett nicht mehr verlassen. Vom Arzt wurde sie mit Medizintropfen und Eisbeutel behandelt. Seit Pat. im Bett liegt, ist der Appetit schlecht. Schlaf ist gut. Stuhlgang angehalten.

Status: Sehr anämische und abgemagerte Frau von gracilem Körperbau und schlaffer Muskulatur. Fettpolster sehr gering. Conjunctivae, Lippen, Zahnfleisch blaß. Keine allgemeinen Drüsenschwellungen, keine Zeichen von Scrophulose oder Lues, keine Oedeme. Brustorgane normal. Mammae fast ganz athropisch und fettlos; Leib ein wenig aufgetrieben und gespannt, schwer palpabel, nirgends schmerzhaft, auch keine abnorme Resistenz oder Geschwulstbildung nachzuweisen. Urin kein Eiweiß, kein Zucker. In Äthernarkose ergiebt die gynäkolog. Untersuchung: Vaginalportion eingekerbt, kurz, ziemlich tief stehend; vulva ziemlich weit; beide Parametrien derb infiltriert, ebenso die Lig. sarcro-uterina, die außerdem verkürzt sind, Uteruskörper nicht deutlich abgrenzbar, nur wenig beweglich, liegt ziemlich vertikal. Hinter demselben und nach links eine uneben höckerige Geschwulstmasse von stark Apfelgröße, von welcher nach links und oben in der Richtung der Flexur ein Drüsenstrang zu fühlen ist. Die rechten Appendices ebenfalls faustgroß, weniger derb und leichter verschiebbar als links.

Operation: 10. November 93. Nach Dilatation mit Hegarschen Stiften Ausschabung, Ausspülung, Tamponade. Der Cervix läßt sich kaum herunterziehen, wird daher in situ nahe den Muttermundslippen umschnitten und im paracervicalen lockeren Zellgewebe zunächst stumpf ausgelöst. Durch seitliche Umstechungen werden die Uterinae versorgt, die Umschlagsstelle des Peritoneums vorne eröffnet und nun

der Uterus durch die Öffnung zu entwickeln gesucht. Da die Entwicklung wegen ausgedehnter Verwachsungen auf große Schwierigkeiten stößt, wird an der Hinterseite die Isolierung stumpf versucht. Dabei entleert sich aus einer plötzlich eröffneten retrouterinen Abscesshöhle (von Kleinfaustgröße) linkerseits eine große Menge mit käsigen Bröckeln vermengten stinkenden Eiters, ferner aus einem rechtsseitigen Absceß der Tube Eiter von gleicher Beschaffenheit. Ausspülung von 1 : 5000 Sublimatlösung, vorläufige Tamponade wegen Blutung, die hinterher durch Umstechungen möglichst gestillt wird. Durch forcierte Tractionen mit dem Forceps und Muceuzsche Zangen gelingt schließlich die Extraction des stark vergrößerten Uterus und eines Teiles der beiderseitigen schwartig verdickten und entzündlich erweiterten Ligamenta lata, welche durch Ligaturen versorgt werden. Ein Teil der Abscesswandungen (Tuben und Ovarien) wurde zurückgelassen, da bei dem schweren Collaps der Patientin eine Weiterführung der Operation unmöglich ist. Die Wunde wird offen gelassen. Das Peritoneum wurde durch Tupfer während der Operation möglichst geschützt gegen Eiterinfection.

Patientin zum Schluß sehr anämisch, Puls fadenförmig, Reflexe schwach; Einwicklung der Beine. Clysmata mit Wein und Kochsalzlösung.

Der exstirpierte Uterus, welcher noch Reste der Ligamenta lata trägt, ist 10 cm lang, hat eine etwa 1 cm dicke Wand und eine glatte Schleimhaut. Keine sonstigen Veränderungen.

10. November: Mittags zweimal Erbrechen. Starke Schmerzen; Einläufe mit Glühwein und Kochsalzlösung. Opiumsuppositorien.

11. November: Steigendes Fieber; Puls 120, klein; in der Nacht Schlaf ohne Narcotica. Urin mit Katheter entleert, klar. Zunge trocken, morgens Erbrechen.

13. November: Patientin erholt sich langsam. Urinentleerung spontan. Zunge feucht. Abgang von Flatus. Keine Schmerzen.

14. November: Entfernung der Tamponade, Ausspülung. Einlegen von Jodoformgaze.

15. November: Temperatur geht zurück. Keinerlei Beschwerden. Auf Einlauf reichlichen festen Stuhl.

17. November: Tamponade erneuert. Ausspülung. Kein Fieber.

19. November: Fieberfrei seit 2 Tagen. Noch sehr änamisch. Keine Schmerzen. Appetit.

22. November: Temperatur wieder leicht febril. Patientin hustet stark, kein Auswurf. Tamponade erneuert.

24. November: Hohes Fieber (39,4). Nach Einführung der Specula werden die Stumpfligaturen im Zusammenhang mit großen nekrotischen Gewebsfetzen entfernt. Husten ohne Auswurf. Urin enthält eine Spur Eiweiß.

30. November: Fortbestehen des hohen Fiebers, das wohl von der nekrotisierenden und jauchenden Wundhöhle seinen Ausgang nimmt. Pat. sehr elend. Nahrungsaufnahme gering. Stuhl auf Einläufe. Keine subjectiven Beschwerden.

5. Dezember: Zustand besser. Kein Fieber mehr. Ziemlich starker eitrigjauchiger Vaginalausfluß.

9. Dezember: Wundhöhle trichterförmig, ziemlich gereinigt, granulierend.

14. Dezember: Wieder andauerndes Fieber bei gutem subjectiven Befinden. Husten gering, kein Auswurf.

20. Dezember: Nach Einführung der Specula wird eine Excochleation der mit oedematösen Granulationen und stellenweise nekrotischen Gewebsmassen ausgefüllten Wundhöhle vorgenommen und dabei beiderseits ein Absceß eröffnet, aus dem sich reichlich stinkender Eiter entleert. Ausspülung, Tamponade mit Jodoformgaze.

26. Dezember: Kein Fieber. Ausfluß geringer. Keinerlei Beschwerden. Auf Wunsch entlassen. — Nachbehandlung durch Dr. H.

12. M. Sch., 41 Jahre alt, aus Speier. Oophoritis utriusque lateris; Salpingitis, chronische Metritis und Endometritis.

Anamnese: 2 Partus, 3 Aborte; nach letztem Abort Blutungen, die lange anhielten und mit ziehenden Schmerzen in der linken Lumbalgegend verbunden waren. Excochleation in der Heidelberger Frauenklinik, nach Entlassung erneute Blutungen und starke Schmerzen im Unterleib. 2 Excochleationen in der hiesigen chirurgischen Klinik mit nachfolgender Jodoformglycerin-Injection, bei der Entlassung (5. Novbr. 1892) hatten die Blutungen ganz aufgehört, Uteruskörper war kleiner geworden, rechtsseitige Exsudat zurückgegangen. Vor 2 Monaten plötzlich heftige kolikartige Schmerzen, hartnäckige Obstipation, nach Angabe des Arztes bedingt durch Druck einer Geschwulst auf den Mastdarm. Gleichzeitig Schmerzen in der linken Hüftgegend, die angeblich nach Entleerung einer großen Eitermenge aus der Scheide zurückgingen. Stuhl wurde wieder regelmäßig. Seit 6 Tagen starke Uterinblutungen, Schmerzen in der linken Beckenhälfte.

Status: Leib in der unteren Hälfte etwas aufgetrieben, tympanitisch bis auf eine handtellergroße Fläche oberhalb der Symphyse. Entsprechend dieser Dämpfung fühlt man eine dicht hinter der Symphyse gelagerte, aus dem kleinen Becken aufsteigende Geschwulst, die sich bis zur Mitte von Nabel und Symphyse erstreckt und an beiden Seiten 2 ins kleine Becken sich ausdehnende Anhänge zeigt. Druckschmerz vorhanden. Vagina, Muttermund weit. Portio sehr kurz, verbreitert sich bald nach oben in den von den Bauchdecken aus fühlbaren Tumor, der offenbar dem vergrößerten Uterus entspricht und ungefähr 2 Faust-groß ist. An der rechten Kante desselben konstatiert man eine eigroße, höckrige Geschwulst, welche nach der Bauchhöhle zu wie eine quere Leiste vorspringt. An die linke Uteruskante schließt sich ein kleinapfelgroßer Tumor an, welcher tiefer steht als die rechte Appendixgeschwulst. Der mediane Tumor läßt sich etwas bewegen, die portio macht die Bewegungen mit. Die seitlichen Tumoren sitzen im kleinen Becken fest. Aus der vagina dauernder mäßiger Blutabgang.

Operation: 12. Oktober 93. Umschneiden des Cervix in typischer Weise, Ablösung von der Blase; Umstechung der Uterina links, rechts Vorgehen im parauterinen Gewebe stumpf von vorn nach hinten, allmähliches Vorziehen des Corpus durch successives Nachfassen mit Hakenzangen. Rechts gelingt die Entwicklung des stark hühnereigroßen Ovariums und der Tube. Links entleert sich gelber stinkender Eiter aus Ovarialsack und Tubargeschwulst; nach und nach werden durch ziemlich gewaltsames Vorgehen mit der Hand diese Teile, welche mit Rectum und Douglas verlötet sind, vorgezogen und entfernt. Die parenchymatöse Blutung, die nach eingestellter Compression der Aorta eintrat, wird durch Tamponade gestillt. Wundhöhle wird mit großem Jodoformgazebeutel gefüllt.

Tumor besteht aus Uterus und Ovarien; Tuben mit käsigem und flüssigem Eiter gefüllt. Rechtes Ovar mit zahlreichen Cysten, linkes in einen dickwandigen lacunären, faustgroßen Eitersack verwandelt.

12. Oktober: Erhöhte Pulsfrequenz bei normaler Temperatur. Katheter.

14. Oktober: Urin spontan. Entfernung der Vaginaltampons. In beiden Hypogastrien Druckschmerz, der nach dem Kreuz ausstrahlt.

16. Oktober: Entfernung des Tampons aus der Vaginalwunde, Abfließen von wenig blutigem Secret. Jodoformgaze-Tamponade der Scheide.

17. Oktober: Erneuerung der Tamponade. Keine Schmerzen. Auf Einlauf reichlicher Stuhl.

21. Oktober: Abends Erbrechen. Leibschmerzen. Auf Einlauf Stuhl. Scheide am Fornix trichterförmig geschlossen, hinter diesem Trichter sind Darmschlingen fühlbar.

22. Oktober: Vollständiges Wohlbefinden. Fieberloser Verlauf.

2. November: Patientin steht auf und wird am

5. November: geheilt nach Hause entlassen.

Spätere Nachrichten ergaben vollkommene Genesung.

13. B. K., 39 Jahr alt, aus Mannheim. **Chronisch hypertrophische Endometritis mit Cystenbildung. Blutungen.**

Anamnese: Mit 17 Jahren menstruiert, heiratete Patientin im 24. Lebensjahr. Ein Jahr später 2 Aborte, jeder im 5. Monat. Seit 7 Jahren doppelseitige Leistenhernien, Bruchband. Periode sehr unregelmäßig, Ausfluß. Seit 3 Wochen stärkere Genitalblutung mit Schmerzen im Leib und Kreuz, häufiger Harndrang.

Status: Abdomen weich, eingesunken; reponierbarer doppelseitiger Leistenbruch; Scheide eng, Vaginalportion tiefstehend, derb, hintere Lippe trägt 2 haselnußgroße Tumoren; Muttermund quer gespalten, durch die Tumoren unregelmäßig verzogen. Uteruskörper verdickt, retroponiert, beweglich und leicht abwärts zu ziehen. Ovarium und Tube links druckempfindlich.

Operation: 9. Januar 94. Herabziehen des Uterus, Umschneidung der Vaginalportion und Ablösung vorn von der Blase und hinten von der Douglasschen Falte; Umstechung des unteren Drittel der Parametrien und Durchschneidung central von der Ligatur. Darauf läßt sich der Uterus weit herab vor die Scheide ziehen und zwar bevor noch der vordere oder hintere Douglas eröffnet ist. Quere Spaltung der Peritonealfalte vorn wie hinten; Fixierung des parietalen Blattes; Abbinden der Tube von Uterus und der Parametrien in 2 Portionen erst links, dann rechts, Entfernung des Uterus. Ovarien bleiben zurück. Naht der Scheidenwunde und des Peritonealschlitzes durch Seidenknopfnähte, Versenkung der Tuben und Parametrienstümpfe; Einschieben eines Jodoformdochtes in den rechten Wundwinkel. Scheidentamponade.

Die beiden Tumoren sind derb fibrös mit kleiner Cyste; Schleimhaut des Uterus verdickt; in der vorderen Wand erbsengroßes Fibrom.

9. Januar: Kreuzschmerzen, Catheter.

10. Januar: Schmerzen bestehen noch, Catheter.

11. Januar: Urin spontan. Fieberfrei. Keine Schmerzen.

13. Januar: Jodoformdocht entfernt, Ausspülung, Erneuerung der Tamponade.

19. Januar: Weglassen der Tampons, täglich warme Scheidenausspülungen.

28. Januar: Patientin steht auf.

31. Januar: Patientin geheilt entlassen.

14. K. N., 45 Jahre alt, aus Kaiserslautern. Submucöses Fibromyom des Uterus.

Anamnese: 2 Partus, 1 Abort im 3. Monat. Vor 6 Jahren starke Menorrhagieen, der Arzt entfernte ohne Narkose 2 gestielte weiche Geschwülste. Vor $^1/_2$ Jahr wieder stärkere Blutverluste während der menses. Seit 6 Wochen dauernde Blutung. Herzklopfen bei Anstrengung und Treppensteigen.

Status: Abdomen aufgetrieben; Scheide weit, starker blutiger Ausfluß, portio sehr voluminös, Muttermund weit offen, Muttermundslippen verdünnt, umfassen einen eigroßen aus dem Uterus vorragenden Tumor, welcher überall im Cervix cum digito umgehbar ist und sich mit breitem Stiel in den Uteruskörper fortsetzt; letzterer stark vergrößert antivertiert, reicht ungefähr bis zum Nabel.

Operation: 24. Mai 94. Fassen und Extraction des Myoms nach Umschneiden mit der Scheere; er resultiert ein faustgroßes Stück und ein ebenso großes erweist sich festhaftend an der Uteruswand. Bei dem Versuch der Extraction kommt es zur Inversio uteri und Einreißen der hinteren Wand fingerbreit über dem inneren Muttermund, beim Austupfen gelangt man in die Bauchhöhle und wird so auf den Riß aufmerksam. Reposition des invertierten Uterus, Cavum tamponiert und Exstirpation vorgenommen. Nach Umschneidung des vorderen und hinteren Scheidengewölbes, Umstechung und Durchtrennung der Parametrien in einzelnen Portionen, rechtsseitig wegen stattgefundener Zerreißungen unmöglich, hier werden die stark blutende Uterina und Spermatica gefaßt und unterbunden. Mit großer Mühe läßt sich der Uterus entwickeln; nach Unterbindung der Ligamenta infundibula pelvica und Lig. lata und Durchtrennung derselben Exstirpation. Schluß der Vaginalwunden mit Seidenknopfnähten, in den Ecken Einlegen von Jodoformdocht. Ovarialligaturstümpfe werden ins Abdomen versenkt.

Uterus 16 cm lang, 10 cm breit mit zerfetzten fibrösen Wänden, hintere Wand 4 cm langer Riß.

24.—28. Mai: Mäßiges, kontinuierliches Fieber, zwischen 37,8—38,8 schwankend, jedenfalls bewirkt durch ein linksseitiges parametrales Haematom. Ziemlich starke Kreuzschmerzen. 3 Tage lang Katheter nötig. Vom 8. Tage ab Scheidenausspülung. Puls frequent, klein; Herzaction unregelmäßig, manchmal aussetzend.

5. Juni: Entfernung der Nähte, Scheidenwunde gut verheilt.

10. Juni: Patientin steht auf.

17. Juni: Patientin klagt über Atemnot, Schwindelgefühl. Temperatur 38,7. Puls sehr frequent, irregulär. Atmung beschleunigt, oberflächlich. Angstgefühl. Rechts hinten unten 2 Finger breite Dämpfung mit abgeschwächtem Atmen, herrührend durch pleuritischen Erguß, wahrscheinlich infolge einer Lungenembolie im rechten Unterlappen.

22. Juni: Plötzlich nachts abermals Herzschwäche, deutlich ausgeprägte linksseitige Facialisparäse, Paraesthesie an der linken Hand, bedingt durch rechtsseitige Hirnembolie. Kein Fieber.

25. Juni: Langsames Zurückgehen der Facialislähmung.

26. Juni: Verschwinden der Paraesthesieen der Finger.

1. Juli: Befinden der Patientin besser, täglich im Tragstuhl im Freien.

5. Juli: Abends 5 Uhr plötzlicher Anfall von Dyspnoe, bedeutende Herzschwäche, oberflächliche unregelmäßige Atmung, Ätherinjection. Exitus letalis infolge acuter Insufficienz des Herzens und Lungenembolie. Obduction nicht gestattet.

15. S. K., 51 Jahre alt, aus Unteröwisheim. **Myoma, Prolapsus vaginae.**

Anamnese: Menses mit 14 Jahren, Heirat mit 19 Jahren. 1. Gravidität mit Abort endend, unter starkem Blutverlust und Fieber. 2 Partus, dann wieder 3 Aborte im 3.—4. Monat, dann wieder 2 normale Geburten. Seit $1\frac{1}{4}$ Jahr profuse langdauernde Menstruationen. Vorübergehende Besserung durch Secale und Hydrastis. Allmählich Auftreten von Drängen der Scheide nach unten, Kreuzschmerzen, in der rechten Inguinalgegend ziehende Schmerzen. Seit 5 Monaten fast ständige Blutverluste trotz aller medicamentösen Behandlung.

Status: Abdomen überhängend, Bauchdecken sehr schlaff. Enteroptosis. Vulva klaffend, zeigt eigroßen Vorfall der vorderen und hinteren Scheidenwand. Portio steht tief; Corpus stark verdickt und vergrößert, retroflectiert, an seiner hinteren Wand kleinfaustgroßer derber Tumor, der fest der rechten Uteruskante ansitzt. Harnblase nach abwärts in den Prolaps der vorderen Scheidenwand verzogen.

Operation: 10. Mai 94. Umschneidung des Cervix, Ablösung der Blase, vordere und hintere Douglas eröffnet. Die seitlichen Umstechungen der Parametrien und Ligamenta lata sind schwierig wegen der großen Ausdehnung des Uterus. Eine Stürzung ist nicht möglich und nur allmählich gelingt es, die rechte Uteruskante zu entwickeln mittelst Forceps. Abbindung des Ovars und vollständige Entwicklung des Uterus vor die Scheide. Versorgung der linken Tube und Ovars und Exstirpation des Uterus. Das rechte Parametrium blutet nach und erheischt noch mehrere Ligaturen. Naht der Vaginalwunde mit Seidenknopfnähten und Einlegen zweier Jodoformdochte. Scheidentamponade.

Uterus 16 cm lang, Cervix 10, Corpus 6; hintere Wand mit interstitiellem Myom von Faustgröße. Ovarien kleincystisch degeneriert.

10. Mai: Urin spontan. Schmerzen im Leib.

11. Mai: Schmerzen geringer. Kein Fieber.

12. Mai: Temperatur 39,0. Entfernung der Scheidentamponade und Jodoformdochte, Abfließen von Blut, Einlegen eines Jodoformgazestreifens in die vagina. Abends Temperaturabfall.

15. Mai: Tamponade erneuert, Leib nicht druckempfindlich. Tägliche Scheidenausspülungen.

24. Mai: Nähte entfernt.

2. Juni: Geheilt nach Hause entlassen.

16. P. B., 42 Jahre alt, aus Landshausen. **Papilläre Wucherung der Cervicalschleimhaut; chronische fungöse Endometritis.**

Anamnese: 4 Partus, 1 Abort, letzte Geburt vor 5 Jahren. Vor $1\frac{1}{4}$ Jahr traten starke continuierliche Blutungen auf, nachdem die Periode lange Zeit ausgesetzt hatte. Schmerzen bestanden nicht. Abmagerung, große Schwäche und Schwindelgefühl.

Status: Abdomen etwas aufgetrieben, zeigt nirgends abnorme Palpationsverhältnisse. Vulva klaffend, vordere Scheidenwand etwas prolabierend. Im quergespaltenen zerrissenen Muttermund fühlt man eine bohnengroße gestielte bewegliche Geschwulst, die ihren Ursprung von der Innenseite der vorderen Muttermundslippe nimmt. Innenfläche des Cervix rauh, besonders vorne. Uteruskörper vergrößert, antiflectiert. Cavum erweitert, Schleimhaut desselben weich, die des Cervix hart, zerklüftet und kleinhöckrig. Aus dem Cervix fließt eitriger Schleim. Bedeutende Erosion beider Muttermundslippen, im linken Muttermundswinkel ein bohnengroßer Tumor von

grau-rötlichem Aussehen und leicht blutender Oberfläche. Ovarium links fixiert. Parametrien straff und druckempfindlich.

Operation: 5. Juli 94. Typische vaginale Uterusexstirpation mit Entfernung der Ovarien und Tuben. Die partieenweise Unterbindung der Parametrien, ligamenta lata und ligamenta infundibula pelvica geschehen mit Seide. Die Operation wird ohne jegliche Blutung ausgeführt. Der Uterus wird bei der Entwicklung nicht gestürzt. Nach Entfernung des Uterus Schluß der Peritonealhöhle und des Scheidengewölbes mit 6 Seidenknopfnähten. Einnähung der Ovarialligatur in die Ecken der Scheidenwunde. Neben den Ligaturstümpfen wird je ein Jodoformdocht in die Bauchhöhle eingeschoben. Tamponade der Scheide mit Jodoformgaze.

Uterus vergrößert, Wandungen verdickt. Cervix mit kleinen polypösen Wucherungen besetzt, Schleimhaut stark hypertrophisch. Tuben geschwollen. Ovarien vergrößert, kleincystisch degeneriert.

5. Juli: Abends Katheter.

7. Juli: Urin spontan. Entfernung und Erneuerung der Scheidentamponade.

8. Juli: Entfernung der Jodoformdochte.

11. Juli: Tägliche Ausspülung der Scheide mit Sublimatlösung.

19. Juli: Entfernung der Scheidennähte und Ligaturen der Ovarialstümpfe. Scheidenwunde linear verheilt.

23. Juli: Patientin steht auf und wird am

29. Juli: geheilt nach Hause entlassen.

17. E. S., 42 Jahre alt, aus Neckarau. Pyosalpinx utriusque lateris, chronische Endometritis und Metritis.

Anamnese: Als Kind gesund, mit 15 Jahren menstruiert, stark mit Schmerzen verbunden. Mit 17 Jahren Heirat, 10 normale Geburten, 2 Aborte im 3. Monat. Mehrmals Puerperalfieber und starker Blutverlust nach jeder Geburt. Seit der letzten Geburt vor 2 Jahren ist die Periode unregelmäßig geworden, die menstruelle Blutung hat an Intensität zugenommen. Kreuzschmerzen, leichte Ermüdbarkeit, stärkerer Ausfluß aus der Scheide. Seit 6 Wochen haben sich starke continuierliche Blutungen eingestellt, die mit Schmerzen im Leib verbunden sind. Seit 3 Tagen Scheidentamponade.

Status: Abdomen weich und schlaff; über der Symphyse rechts von der Mittellinie ist ein aus der Tiefe des kleinen Beckens aufsteigender gänseeigroßer derber Tumor zu fühlen, der beweglich erscheint und sehr druckempfindlich ist. Scheide weit, Muttermund sieht nach hinten, quergespalten, rauh. Cervix derb, verbreitert, geht in den nach rechts gelagerten vergrößerten und verdickten Uteruskörper über, der vom Abdomen deutlich abtastbar ist. An der linken Kante des verbreiterten und verdickten Fundus uteri schließt sich eine mehr platte, weich elastische Geschwulst an, die fast bis zur linken Beckenwand reicht, auffällig druckempfindlich ist und aus welcher sich die Adnexe des Uterus nicht differenzieren lassen. Rechtes Ovarium fühlbar. Aus dem Uterus besteht ein Abfluß von dunklem, klumpigen Blut, welches keinen jauchigen Geruch hat. Gegend der Gallenblase druckempfindlich. Milz nicht vergrößert, rechte Niere steht sehr tief und ist beweglich.

Operation: 2. August 94. Exstirpatio uteri vaginalis in typischer Weise, erschwert durch Infiltration und Brüchigkeit der Parametrien. Zuerst wurde der Uterus entwickelt, dann die rechtsseitigen vergrößerten Appendices und zuletzt die linken entfernt.

Uteruskörper stark verdickt, 11 cm lang. Rechte Tube in einen hühnereigroßen, mit Eiter gefüllten Sack verwandelt. Wallnußgroße Cyste im rechten Ovar. An der linken Seite des Uterus gänseeigroßer Eitersack, teils dem Ovar, teils der Tube angehörend, welcher sich während der Operation entleerte. Nach Entfernung des Uterus und seiner Adnexe Ausspülung mit Kochsalzlösung und Schließung der Scheidenwunde mit Seidenknopfnähten, Stümpfe der Ligamenta werden in die Ecken der Scheidenwunde eingenäht und ein Jodoformdocht in den Douglas geschoben. Tamponade der Scheide.

Verlauf: 6 Tage lang nach der Operation Katheter nötig. 2 Tage continuierliches Fieber zwischen 38,4 und 39,8. Am 2. Tag nach der Operation Entfernung der Jodoformdochte, vorsichtige Ausspülung der Scheide mit übermangansaurem Kali. Am 3. Tage auf Einlauf reichlicher Stuhl, Abdomen zeigt peritonitische Erscheinungen. Vom 5. Tage ab Schwanken der Temperatur zwischen 37,4 und 38,2. Vom 6. Tage ab Urin spontan, tägliche Scheidenausspülungen mit Kal. perm. Am 14. Tage Entfernung der Nähte und Stielligaturen. Am 24. Tag Aufstehen, am 32. Tag, 1. September 94, geheilt nach Hause entlassen.

Vaginalwunde linear geschlossen, Secretion der vagina geringer, keine Schmerzen im Abdomen und Kreuz. Wesentliche Zunahme der Körperkräfte.

18. E. M., 42 Jahre alt, aus Ludwigshafen. Papillomatöse Endometritis, Oophoritis, haemorrhag. Cystitis.

Anamnese: 4 Partus; Periode mit 19 Jahren, in letzter Zeit unregelmäßig alle 14 Tage stark mit Schmerzen verbunden. Appetitlosigkeit, Abnahme der Kräfte, Abmagerung. Seit 14 Tagen brennende Schmerzen beim Urinieren.

Status: Doppelseitige Drüsenschwellung der Inguinalgegend. Leib nicht geschwollen; aus den Genitalien entleert sich reichlich Blut und übelriechender Ausfluß. Scheide weit, Cervix sehr stark, Muttermund verdickt; Cervicalkanal mit derben, höckrigen Geschwulstmassen besetzt. Ovarien nicht vergrößert. Im rechten Labium Cyste der Bartholinischen Drüse.

Operation: 30. August 94. Typische Vaginalexstirpation mit Entfernung der Tuben und Ovarien, bei deren Lösung einige Cysten hämorrhagische Flüssigkeit entleeren. In den Wundwinkeln der Scheide Jodoformdochte nach dem Douglas zu eingelegt, Ligaturstümpfe der Ovarialstiele in die Scheidenwunde eingenäht, die mit Catgut-Knopfnähten geschlossen wird.

30. August: Urin spontan.

2. September: Tamponade entfernt, Ausspülung der Scheide, Erneuerung des Tampons.

4. Septbr.: Tägliche Ausspülung. Auf Einlauf geht Temperatur (38,7) zurück.

14. September: Entfernung der Nähte.

20. September: Patientin verläßt das Bett und am

22. September: geheilt die Klinik. Scheidenwunde per primam geheilt. Keinerlei subjective Beschwerden.

19. E. Sch., 49 Jahre alt, aus Viernheim. Endometritis, Metritis chronica fibrosa, Metrorrhagien.

Anamnese: Menses mit 20 Jahren, im Sommer überhaupt nicht, im Winter selten mit Kopfweh und Erbrechen, bis zu ihrer Verheiratung im 23. Jahr nur 6 mal

eingetreten. 4 Partus. Nach dem ersten Wochenbett 6 Wochen Fieber und Leibschmerzen. Menses jetzt sehr profus alle 14 Tage. Seit der ersten Geburt 1868 Druck im Leibe und Urindrang. Nach der 3. Geburt 1872 9 Monate lang an chronischer Gebärmutterentzündung krank. Menses pausierten in dieser Zeit. 1874 letzte Geburt normal. Bis 1884 gesund, dann traten heftige Blutungen ein, die mit Unterbrechung 1/4 Jahr dauerten trotz ärztlicher Behandlung. 1888 wurde Patientin in hiesiger Klinik operiert und damals fibrös polypöse Massen aus dem Uterus ausgeschabt. Seit längerer Zeit bestehen jetzt wieder heftige Blutungen und Schmerzen im Leib.

Status: Abdomen etwas aufgetrieben, druckempfindlich, bei Palpation eine stärkere Resistenz in der Tiefe fühlbar.

Vulva sehr weit, Corpus uteri verdickt, antiflectiert, cavum 10 cm lang, ziemlich weit; Fundus uteri besonders rechts stark verdickt, Uterus beweglich.

Operation: 29. November 94. Typische vaginale Uterusexstirpation mit partieenweiser Abbindung der Parametrien und ligamenta lata mittelst Seide. Rechts bleibt Ovar und Tube zurück, links wird das vergrößerte Ovarium mit entfernt. Nach Entfernung des Uterus Schließung der Scheidenwunde mit Catgut-Knopfnähten, Einschiebung eines Jodoformdochtes, Jodoformgaze-Tamponade der Scheide. Das Präparat zeigt einen stark vergrößerten und verdickten Uterus. Chronische Metritis.

Verlauf: 29. November: Katheter.

30. November: Urin spontan. Schmerzen meist im rechten Hypogastrium in der Gegend des zurückgelassenen Ovarium.

1. Dezember: Tamponade entfernt. Einlauf und reichlich Stuhl.

2.–16. Dez.: Temperatur normal, aber stets Schmerzen im rechten Hypogastrium.

16. Dezember: Temperatur 38,4. Continuierliches Fieber.

17. Dezember: Temperatur 38,9. Bei Palpation erweist sich die rechte Wundseite der vagina infiltriert und schmerzhaft, ebenso das rechte Parametrium.

18. Dezember: Incision der rechten Wundecke der sonst gut verheilten Vaginalwunde, Entleerung von jauchigem Eiter, Excochleation, Tamponade mit Jodoformgaze, täglich Scheidenausspülungen mit Sublimatlösung.

22. Dezember: Normale Temperatur, keine Schmerzen.

30. Dezember: Aufstehen.

9. Januar 95: Geheilt nach Hause entlassen. Wunde des Scheidengewölbes derb vernarbt. Bei Palpation von außen ist das rechte Hypogastrium in der Ovarialgegend noch druckempfindlich.

20. Frau E. W., 41 Jahre alt, aus Weinheim. Metritis, Endometritis chron., Salpingitis, Oophoritis gonorrhoica.

Anamnese: Patientin stets gesund, verheiratet, 4 gesunde Kinder. Letzte Geburt vor 10 Jahren, normal, im Anschluß an dieselbe Gebärmutterentzündung, die nach 8 Tagen ausheilte. Seit Anfang 94 Zunahme des Leibesumfanges, Leibschmerzen. Seit 4 Wochen bestehen wieder stärkere Schmerzen, besonders in der linken Seite und im Kreuz. Brennen beim Wasserlassen.

Status: Uterus vergrößert, Sonde dringt 10 cm in den erweiterten Cervix ein und die Curette fördert oedematöse Schleimhaut aus dem Cavum heraus. Ovarien beiderseits vergrößert, links etwa wallnußgroß, Tuben als verdickte, perlschnurartige Stränge fühlbar.

Eine inquisitorische Befragung des Coniux ergiebt, daß derselbe vor 1 Jahr bei Gelegenheit einer militärischen Übung sich gonorrhoisch inficiert hat. Die Frau erkrankte im Anschluß hieran an starkem Ausfluß aus der Scheide und Brennen beim Urinlassen und es entwickelten sich langsam die obigen Beschwerden.

Nach mehrtägiger symptomatischer Behandlung wird am 29. Dezember 94 zur vaginalen Exstirpation geschritten.

Operation: 29. Dezember 94. Typische vaginale Entfernung des Uterus und seiner Adnexe. Unterbindung der Parametrien und Ligamenta lata in einzelnen Portionen.

Tuben und Ovarien erweisen sich beiderseits etwas fixiert durch Adhäsionen, welche stumpf gelöst werden müssen.

Naht der Vaginalwunde mit Seide. Einnähen der Ovarialstiele in die beiden Wundecken, Einlegen eines Jodoformdochtes.

Uterus mit stark verdickten Wänden; Tuben stark geschlängelt, catarrhalisch geschwellt, am peripheren Ende verschlossen. Ovarien zeigen verdickte Albuginea und kleincystische Degeneration.

Verlauf: Am Abend nach der Operation Schmerzen. Während der ersten 8 Tage täglich 2 mal Katheter. Am 3. Tage Entfernung der Scheidentamponade und des Jodoformdochtes im Douglas. Vom 6. Tage an tägliche Ausspülungen der Scheide mit Sublimatlösung. Am 16. Tage Entfernung der Nähte. Am 21. Tag Aufstehen. Am 26. Januar 1895 geheilt nach Hause entlassen. Parametrium nicht verdickt.

21. Frau G., 40 Jahre alt, aus Frankfurt a. M. Chronische Oophoritis und Salpingitis.

Anamnese: Eine Geburt vor 16 Jahren, schon gegen Ende der Schwangerschaft links vom Uterus Schmerzen. Die Entbindung war normal. Placenta wurde geholt; am folgenden Tag Entleerung eines Blutcoagulums. Aufgestanden am 10. Tag, sehr elend. 4 Wochen darauf erste Periode, 10 Tage dauernd mit sehr starkem Blutverlust. Zweifel diagnosticierte Metritis, Scanzoni Parametritis. Kaufmann in Dürkheim ließ Patientin Salzbäder nehmen, hier machte Frau G. einen Typhus durch. Darauf 5—6 Jahre lang relative Besserung. 6—7 Monate lang Behandlung durch Dr. Levy—München. Winkel sprach zuerst von Operation. 1890 Behandlung in Frankfurt von Stahl und Oppenheimer. Nachher Gymnastik bei Heimburg, mäßiger Erfolg. Zuletzt Behandlung bei Riedinger—Würzburg von April bis November 92. Das Leiden der Patientin geht einher mit sehr ausgeprägten vasomatorischen, neuropathischen Veränderungen: Quaddeln, Petechien, Striemen, Blutbeulen, stellenweise sogar Pusteln. Die Störungen treten namentlich 4—5 Tage nach dem Unwohlsein auf, um nach 8—10 Tagen wieder zu verschwinden. Dann folgt eine gute Periode von 8—10 Tagen, dann wieder Verschlechterung bis zur nächsten Menstruation. Etwas Schwerhörigkeit stellt sich auch zu dieser Zeit ein. Periode früher 7—9 Tage dauernd, durch ausgiebige Jodtherapie auf 4—5 Tage reduciert.

Status: Ziemlich starkes Fettpolster; Inguinaldrüsen nicht geschwollen; Herztöne rein; bei Druck in der Gallenblasegegend starker Schmerz; rechte Niere oder sonstige Resistenz nicht palpabel; Uterus leicht antiflectiert, etwas derb, nicht stark vergrößert; die linken Appendices derb, hühnereigroß und bei Druck sehr empfindlich; Uteruskörper weniger empfindlich als die beiderseiten Appendices. Analrand mit Hämorrhoidalknoten umsäumt und sehr schmerzhaft. Urin ohne Eiweiß und Zucker.

Operation: 3. Juni 93. Dilatation des Uterus, Ausschabung von fungösen Massen und eines bohnengroßen Schleimpolypen. Da vom Uterus und seinen Adnexen die Beschwerden ihren Ausgang nehmen, wurde zur vaginalen Exstirpation geschritten: Umschneidung; Lösung der Blase und Parametrien sehr leicht wegen oedematöser Durchtränkung des subserösen Raumes; zuerst links, dann rechts die Uteringefäße umstochen und ligiert, auf der linken Seite die Ligamenta lata in zwei derben Portionen unterbunden und den Stumpf mit Péan fixiert, da die Appendices fest verwachsen waren; nun gelang die Extraction der rechten Uterusseite mit Appendices ziemlich leicht, letztere wurden sofort distal am Ligamentum infund. pelv. in 2 Portionen ligiert; dann folgte Extraction der linken Tube (stark hydropisch angeschwollen) und des durch cystische Degeneration und ein frisches Corpus luteum hühnereigroßen Ovariums. Die linke Tube bildete einen daumendicken, mit klarer Flüssigkeit gefüllten Sack, welcher an der Innenseite fast glattwandig war und am distalen Ende eine haselnußgroße Cyste enthielt. Das Ovarium links ist wahrscheinlich zur größeren Hälfte entfernt, aber ein Rest dürfte noch in der Stielligatur sitzen. Rechts besteht ebenfalls Hydrops der Tube, aber geringeren Grades mit leicht fungöser Schwellung der Schleimhaut. Das Ovarium ist derb mit rauhen Pseudomembranen bedeckt. Etwas Varicositas des Plexus uterinus. Der Uterus auf der Hinterfläche aufgeschnitten zeigt etwas erweitertes Cavum, in der Schleimhaut frische Hämorrhagien; das Mesometrium serös durchtränkt und etwas derb anzufühlen. Länge des Cavum 8 cm, des ganzen Uterus 9 cm. Stärkste **Wanddicke $2^1/_2$ cm.**

Die Stümpfe wurden in die Ecken der Vaginalwunde eingenäht, diese mit 4 Nähten bis auf eine Öffnung zur Einführung eines Jodoformdochtes vereinigt.

Anatomische Diagnose: chronische Oophoritis, kleincystische Degeneration. Chronische Metritis und Endometritis. Hydrops tubarum.

Verlauf: 23. Juni. In den ersten 8 Tagen leichtsubfebrile Temperaturen. Patientin erbrach nach der Operation wenig und erholte sich rasch. Die vorhandenen Schmerzen im Leib wurden durch kleine Opiumsupposit. und Nachts durch Morphiuminjectionen gemildert. Catheter war nur am ersten Abend nötig; seither spontane Entleerung klaren normalen Urins. Am 2. Tage Wassereinläufe wegen Meteorismus, am 3. Tage Stuhl. Am 23. Tamponade entfernt. Ausspülung, Erneuerung des Vaginaltampons.

27. Juni: Kein Fieber; allgemeine hochgradige Nervosität; Stuhl schmerzhaft, nur auf Abführmittel und Einläufe. Statt Morphium Abends 0,5—1,0 Chloralhydrat. Appetit zunehmend. Täglich Vaginalausspülung.

1. Juli: In Bromäthylnarkose werden die Stumpfligaturen ohne Schwierigkeit entfernt, ebenso die anderen Nähte. Nahtlinie reactionslos. Anus und Rectum zeigen stark injizierte Schleimhaut, keine Hämorrhoidalknoten.

10. Juli: Keinerlei eigentliche Beschwerden, Patientin sehr nervös, schläft nur auf Medicamente; heftiges Kopfweh, bei Defäcation heftige Schmerzen im anus; allabendlich Oeleinlauf; Appetit gut.

11. Juli: Patientin steht auf.

14. Juli: Zunahme der Kräfte, daß Patientin schon allein herumgehen kann, abends leichte Anschwellung der Knöchelgegenden.

18. Juli: Patientin ist täglich mehrere Stunden im Garten und macht kleine Spaziergänge. Schmerzen im Darm bestehen noch, auch Schmerzen in den Beinen abends. Ab und zu zeigen sich wieder rote Flecken und circumscripte Oedeme.

23. Juli: Bedeutende subjective Besserung. Die Vaginaluntersuchung ergiebt lineare Narbe, keine Schmerzhaftigkeit der Parametrien. Patientin wird entlassen mit dem Rat, eine Nachkur in Wiesbaden oder Kissingen zu gebrauchen.

Nach einigen Monaten wesentlicher Besserung traten die vasomatorischen Erscheinungen und Schmerzen von neuem auf; die letzteren sollen angeblich von Stelle des linken Ovarialstumpfes ausgehen und sind jedesmal nach der Stuhlentleerung mehrere Stunden lang sehr heftig.

22. K. H., 31 Jahre alt, aus Mannheim. Retroflexio uteri; Endometritis, Metritis, Oophoritis sinistr. lat.

Anamnese: Mit 13 Jahren menstruiert, 4 Partus, 3 Aborte. Nach der 1. Geburt wegen totalen Dammrisses operiert, bei der 5. Geburt abermals Dammriß mit sehr starkem Blutverlust. Letzte Schwangerschaft endete mit Abort im 3. Monat. Seit der Zeit starke Schmerzen und Blutverluste.

Status: Bauchdecken schlaff, mäßige Diastase der recti. Perineum fehlt; vordere Muttermundslippe kolossal hypertrophirt, springt rüsselartig fast bis in die vulva vor. Uteruskörper winklig retroflectiert, beträchtlich verdickt, auf Druck sehr empfindlich. Linkes Ovarium stark vergrößert, auf Druck schmerzhaft.

Operation: 12. Januar 94. Verschluß des Muttermundes nach Auswaschung des Uterus durch Seidenknopfnähte, mittelst derer sich letzterer gut herabziehen läßt; Umschneidung der Portio, Ablösung der Blase, wobei einige Vesicalarterien ligiert werden; Eröffnung des Douglas zunächst hinten, dann vorn; Umstechung der Art. et ven. uterinae beiderseits; linkerseits löst sich die Ligatur und es erfolgt eine ziemlich beträchtliche Blutung, die durch mehrere neue Umstechungen gestillt wird. Überhaupt ist die Blutung während der ganzen Operation ziemlich erheblich, da die Gefäße dilatiert und stark geschlängelt sind; nach Vorziehung des Uterus und der stark vergrößerten Adnexe wird das lig. latum erst links, dann auch rechts oberhalb der Ovarien von der Mitte aus abgebunden und durchtrennt und damit die Exstirpation des Uterus und der Adnexe bewerkstelligt. Die Ligaturstümpfe werden in beide Wundecken hereingezogen und daselbst eingenäht. Vereinigung der vorderen und hinteren Vaginalwand nebst Peritoneum durch Seidenknopfnähte bis auf eine kleine Öffnung zum Herausleiten der eingelegten Dochte. Patientin ist am Schluß der über eine Stunde dauernden Operation etwas collabiert.

Verlauf: 12. Januar: Erbrechen abends. Catheter.

13. Januar: Relatives Wohlbefinden, Leib nicht druckempfindlich.

14. Januar: Urin spontan. Abends Magenschmerzen.

15. Januar: Tamponade entfernt. Ausspülung.

31. Januar: Nähte entfernt. Vollständig fieberloser Verlauf bis zur Entlassung am 28. Februar. — Wiedervorstellung am 23. Mai 94. Keinerlei Beschwerden. Trichterförmige glatte Narbe.

23. E. G., 35 Jahre alt, aus Heidelberg. Myoma uteri, chronische Endometritis, Metritis.

Anamnese: Früher stets gesund, seit 11 Jahren verheiratet, 3 Partus. Schwangerschaften und Geburten verliefen ohne Störungen, ebenso die beiden ersten Puerperien, das 3. zog sich 7 Wochen hin und war mit Schmerzen in der linken Unterbauchgegend compliciert. Periode trat mit 14 Jahren ein, regelmäßig, ohne Beschwerden.

Seit 2 Jahren leidet Pat. an Schmerzen im Kreuz und Unterbauchgegend. In den letzten 6 Wochen verschlimmerte sich der Zustand. Blutungen bestanden nicht.

Status: Leib nirgends druckempfindlich; vulva weit, Muttermundslippen verdickt und evertiert. Uteruskörper vergrößert, beweglich, auf Druck kaum empfindlich. Parametrien frei. Ovarien nußgroß, auf Druck empfindlich. An der rechten Uteruskante klein-eigroßer Tumor, der sich durch eine Furche vom Uterus abgrenzt, mit letzterem fest zusammenhängend.

Operation: 30. Januar 94. Typische vaginale Uterusexstirpation. Die Extraction des Uterus gelang am bequemsten in antiflectierter Stellung; die beiden Stümpfe werden in die Nahtlinie eingenäht, wobei der linke etwas zurückschlüpft.

Der exstirpierte Uterus zeigt an seiner vorderen und linken Seite ein stark hühnereigroßes Myom von $5^1/_2$ auf 6 cm Durchmesser. Ovarien fibrös degeneriert.

Verlauf: Patientin macht eine Pneumonie durch. Temperatursteigerungen bis zu 40° wiederholen sich mehrmals; am

16. Februar fällt die Temperatur und ist am

18. Februar normal.

15. März werden die Nähte entfernt, von hier ab ist die Temperatur, die inzwischen wieder eine leicht febrile geworden war, normal.

6. April: Geheilt entlassen; die Vaginalwunde ist ganz vernarbt.

24. R. Sch., 57 Jahre alt, aus Meinhardt. Multiple Myome. Prolaps.

Anamnese: Mit 17 Jahren Menses, regelmäßig. 3 Partus. Seit 6 Jahren Drängen nach unten, bei größeren Anstrengungen trat etwas aus der Scheide heraus, das mit der Zeit an Größe zunahm, Schmerzen im Kreuz und Störungen im Urinlassen und Stuhlgang verursachte. Vor 2 Jahren unterzog sich Patientin einer Operation, die ihre Beschwerden beseitigte, doch nur auf kurze Zeit. Es stellte sich das Drängen nach unten wieder ein, dazu Schmerzen, Herzklopfen und Zittern.

Status: Leib nirgends druckempfindlich, keine Resistenz oder Tumorbildung. Vulva weit, beide Vaginalwände prolabierend. Nach Einführung der Specula zeigt sich an der vorderen und hinteren Vaginalwand eine lineare alte Narbe, welche bis an die portio vaginalis reicht. Uteruskörper retrovertiert, vergrößert, beweglich. Portio läßt sich mittelst Zangen bis an die vulva herabziehen. An der rechten Kante des Uterus finden sich mehrere derbe, kuglige, nußgroße Körper. Adnexe nicht vergrößert.

Operation: 19. Juni 94. Nach Ausspülung des Uterus wird die portio umschnitten, die Blase nach oben geschoben, die Uteringefäße beiderseits umstochen und durchtrennt, dann hinterer und vorderer Douglas eröffnet, wobei sich an der rechten Kante des Uterus nahe dem Cervix ein nußgroßes subseröses Myom präsentiert. Nun werden die Ligamenta lata von der Mitte aus vor den Ovarien umstochen; abgebunden und durchschnitten. Das rechte Ovar mit Tube secundär nach Ligierung entfernt, das linke zurückgelassen. Vereinigung der Vaginalwunde unter Mitfassen des Peritoneum und Einnähung der Ligaturstümpfe. 2 Dochte in die Wundwinkel.

Verlauf: In den ersten 3 Tagen nach der Operation leicht febrile Temperatur, die vom 23. Juni ab normal bleibt.

5. Juli: Nähte entfernt.

12. Juli: Geheilt entlassen.

25. M. R., 35 Jahre alt, aus Überau. Retroflexio uteri, Endometritis polyposa, Oophoritis.

Anamnese: Seit dem 15. Jahre menstruiert, vor 10 Jahren 1 Partus; das Puerperium war durch Fieber und Gebärmutterentzündung compliciert und zog sich fast drei Monate hin. Menses seither sehr stark mit Schmerzen verbunden. Seit mehreren Jahren andauernde Schmerzen im Kreuz und Unterleib, Magenstörungen, Kopfschmerz (rechts), Schwindel, Obstipation. In den letzten Monaten Verschlechterung des Zustandes.

Status: Leib nicht aufgetrieben, in der linken Unterbauchregion etwas empfindlich. Vulva weit, Vaginalwände etwas prolabiert. Muttermundslippen, besonders die hintere, hypertrophisch und evertiert. Corpus uteri retroflectiert, voluminös, etwas empfindlich in der Gegend des inneren Muttermunds. Adnexe vergrößert, die rechtsseitigen stark druckempfindlich.

Operation: 23. Juli 94. Nach Verschluß des Muttermundes durch Seidenknopfnähte wird der Cervix, welcher sich leicht vorziehen läßt, umschnitten, die Blase abgeschoben, Peritoneum erst hinten, dann vorn eröffnet, die Uterinae durch Umstechungen versorgt, das rechte ligamentum latum hinter Tube und Ovar von der Mitte aus abgebunden und durchschnitten, der Uterus herausgezogen und nach Ligierung des linken Ligaments ebenfalls hinter Tube und Ovar mit den Adnexen entfernt. Vereinigung der Vaginalwände und des Peritoneums durch Knopfnähte unter Einnähung der Stümpfe in beide Wundecken. Drainage durch Jodoformdochte. Vaginaltamponade.

Verlauf: 26. Juli: Tamponade entfernt, vaginale Ausspülungen. Täglich Stuhl auf Einlauf.

6. August: Stumpfligaturen und Nähte entfernt.

12. August: Patientin steht auf und wird am

15. August: geheilt entlassen. Vaginalwunde glatt vernarbt.

In tabellarischer Übersicht lassen wir nochmals mit besonderer Berücksichtigung von Indication, Verlauf und Heilung die Zusammenstellung unserer 25 Fälle folgen:

Tabelle II.

№	Name, Alter.	Partus; Abort.	Indication.	Operationstag.	Verlauf.	Heilung.
1.	C. B., 36 J.	5 Partus.	Endometritis, Blutungen, Retroflexio.	14. Mai 91.	3 Tage nach der Operation Fieber, später normal.	Am 7. Juni geheilt entlassen. Vaginalwunde vollkommen geschlossen.
2.	L. M., 46 J.	3 Partus, darunter 2 Forc.	Metritis, Oophoritis, Parametrit. utr. lat.	19. Oktbr. 92.	Ganz normal.	Am 19. November geheilt entl. Dauernde Besserung.
3.	El. S., 37 J.	1 Partus.	Multiple Myome d. Uterus, chron. Endometritis u. Parametritis. Haematosalpinx.	20. Oktbr. 92.	Normal.	Am 12. November geheilt entlassen. Vollkommene Heilung.

№	Name, Alter.	Partus; Abort.	Indication.	Operationstag.	Verlauf.	Heilung.
4.	M. W., 45 J.	8 Partus, darunter 5 Forc.	Prolapsus totalis, Myom.	29. Novbr. 92.	Normal.	Am 22. Dezember geheilt entlassen.
5.	El. W., 41 J.	10 Partus.	Prolaps, Myom, Retroflexio.	20. März 93.	Normal.	13. April geheilt entl. Vaginalwunde vollständ. per primam geheilt.
6.	K. R., 23 J.	1 Partus.	Salpingitis utr. lat. tuberculosa.	16. Mai 93.	Normal.	11. Juni geheilt entlassen.
7.	E. R., 45 J.	9 Partus.	Submucös. Fibromyom d. Uterus, Blutungen.	29. Mai 93.	Normal.	Am 21. Juni geheilt entlassen.
8.	A. W., 45 J.	9 Partus.	Prolapsus uteri et vaginae.	8. Juli 93.	Vollständig fieberlos.	Am 23. Juli entlassen. Vaginalwunde vollständig verheilt.
9.	E. W., 34 J.	4 Partus.	Retroflexio uteri, chron. Metritis u. Endometritis, Oophorit. chron.	17. Juli 93.	Normal.	Am 8. August geheilt entlassen.
0.	E. U., 39 J.	5 Aborte, 1 Partus.	Retroflexio uteri; chron. Metritis, Endometritis, Oophorit. chron.	29. Sept. 93.	Normal.	Am 27. Oktober geheilt nach Hause entlassen.
1.	Ph. Z., 34 J.	5 Partus.	Chron. Oophoritis, Salpingitis, Parametritis, Perioophoritis.	10. Novbr. 93.	3 Tage lang Fieber bis zu 39,4, dann 5 Tage fieberfrei bis zum Eintritt hohen Fiebers, das von der nekrotisierenden und jauchenden Wundhöhle ausgeht. Am 20. Dezember Eröffnung ein. Abscesses. Fieberfrei.	Am 26. Dezember auf Wunsch entlassen. Späterer Befund unbekannt.
2.	M. Sch., 41 J.	3 Abortus, 2 Partus.	Oophorit., Salpingitis utr. lat. (tuberculosa?)	12. Oktbr. 93.	Normal.	Am 5. November geheilt entlassen. Vollkommene Genesung.
3.	B. K., 39 J.	2 Abortus.	Chron. Endometritis. Blutungen.	9. Januar 94.	Normal.	Am 31. Januar geheilt entlassen.
4.	K. R., 45 J.	2 Partus, 1 Abort.	Myoma uteri.	24. Mai 94.	4 Tage lang Fieber zwischen 37,8 und 39,0. Im weiteren Verlauf Temperat. normal, mehrmals Anfall von Herzschwäche.	† 5. Juli Exitus letalis infolge Herzschwäche u. Lungenembolie. Obduction nicht gestattet.
5.	S. K., 51 J.	4 Abortus, 4 Partus.	Myoma uteri, Prolapsus vaginae.	10. Mai 94.	Mit ein. Temperatursteigerung auf 39,5 am 3. Tage normal.	Am 2. Juni geheilt nach Hause entlassen.

№	Name, Alter.	Partus; Abort.	Indication.	Operationstag.	Verlauf.	Heilung.
16.	P. B., 42 J.	4 Partus, 1 Abort.	Chronisch. fungöse Endometritis. Blutungen.	5. Juli 94.	Normal, einige leichte Temperatursteigerungen.	Am 29. Juli geheilt entlassen.
17.	E. S., 42 J.	10 Partus, 2 Abortus.	Pyosalpinx utr. lat., Metritis, Endometritis.	2. August 94.	2 Tag. kontinuierliches Fieber zwischen 38,4 und 39,8. Vom 5. Tage ab schwankende Temperatur, 37,9 bis 38,2, dann normal.	Am 1. Septbr. geheilt entlassen. Vaginalwunde linear geschlossen.
18.	E. M., 42 J.	4 Partus.	Papillomat. Endometritis, Oophoritis, haemorrhagische Cystitis.	30. Aug. 94.	Normal.	Am 22. September geheilt nach Hause entl. Scheidenwunde per primam geheilt.
19.	E. Sch., 49 J.	4 Partus.	Chronische Metritis u. Endometritis. Blutungen.	29. Novbr. 94.	14 Tage norm. Temperatur, die dann auf 39,0 3 Tage hintereinander ansteigt, Rückkehr zur Norm nach Incision der rechten Wundecke der Vaginalwunde und Eiterentleerung nach derselben. Später ganz normal.	Am 9. Jan. 95 geheilt entlassen. Wunde des Scheidengewölbes und des Abscesslagers derb vernarbt. Druckempfindlichkeit der rechten Ovarialgegend.
20.	E. W., 41 J.	4 Partus.	Metritis, Endometritis chron., Salpingitis, Oophoritis gonorrhoica.	29. Dezbr. 94.	Normal.	Am 26. Januar 95 geheilt entlassen. Vaginalwunde per primam verheilt.
21.	Frau G., 40 J.	1 Partus.	Chron. Oophoritis und Salpingitis.	3. Juni 93.	4 Tage leichte subfebrile Temperatur, später normal.	Am 23. Juli 93 geheilt entlassen. Lineare Vernarbung, keine Schmerzhaftigkeit der Parametrien. Nach einigen Monaten wesentlicher Besserung Schmerzen nach Stuhlentleerung, vom linken Ovarialstumpf (?) ausgehd.
22.	K. H., 31 J.	4 Partus, 3 Abort.	Retroflexio uteri, Endom., Metritis, Oophoritis sin. lat.	12. Jan. 94.	Normal.	Am 28. Februar geheilt nach Hause entlassen. Wiedervorstellung am 23. Mai 94. Vaginalwunde trichterförmig glatt vernarbt.

№	Name, Alter.	Partus; Abort.	Indication.	Operationstag.	Verlauf.	Heilung.
23.	C. G., 35 J.	3 Partus.	Myoma uteri, chron. Endom., Metritis.	30. Jan. 94.	Nach Ablauf einer Pneumonie, wodurch die Heilung verzögert wird, glatter Verlauf.	Am 6. April entlassen, die Vaginalwunde ist ganz vernarbt.
24.	K. Sch., 57 J.	3 Partus.	Multiple Myome, Prolaps.	19. Juni 94.	Zuerst einige Tage leichter Temperatursteigerung, dann normal.	Am 12. Juli geheilt entlassen.
25.	M. R., 35 J.	1 Partus.	Retroflexio uteri, Endometritis polyposa. Oophoritis.	23. Juli 94.	Normal.	Am 15. Aug. geheilt nach Hause entlassen. Vaginalwunde glatt vernarbt.

Es bildeten in den einzelnen Fällen somit die Indicationen:

Tabelle III.

Metritis, Endometritis.	Retroflexio, Metritis, Oophoritis.	Appendicitis.	Prolaps.	Myom.
Fall 1	Fall 9	Fall 2	Fall 4	Fall 3
„ 13	„ 10	„ 6	„ 5	„ 7
„ 16	„ 22	„ 11	„ 8	„ 14
„ 18	„ 25	„ 12		„ 15
„ 19	„ 23	„ 17		„ 23
		„ 20		„ 24
5	5	6	3	6

Der Erfolg der Operationen war durchgehends ein günstiger. Den exitus letalis des Falles 14 führte ein vitium cordis herbei, und steht derselbe mit dem Verlauf der Operation in keinerlei Zusammenhang. Die Heilung erfolgte fast in allen Fällen per primam sehr rasch, daß die Patientinnen in einem Zeitraum von 3—4 Wochen entlassen werden konnten. Im Falle 11 und 19 verlängerte die Heilungsdauer ein Absceß im parametralen Gewebe, nach dessen Eröffnung schnell die Temperatursteigerung herabging und Heilung erfolgte.

Die Methode der Operationen ist die typische, wie sie von Czerny geübt wird, manchmal den Verhältnissen angepaßt, im übrigen bei den einzelnen Fällen genau dargelegt, daß wir von einer breiteren Darstellung absehen können. Die Ablösung des Uterus von der Blase machte manchmal Schwierigkeiten, gelang aber stets gut und ohne Verletzungen.

Die Ureteren wurden in keinem Falle verletzt.

Wenn wir die Erfolge obiger Operationen und diejenigen der anderen Operateure zusammenstellen, so finden wir eine sehr geringe Mortalität. Unsere Tabelle zu Anfang umfaßt 668 Operationen, von denen wir zur Berechnung des Mortalitätsprocents 640 verwerten können; in 28 Fällen steht der Bericht über den eventuellen Heilungserfolg aus. Rechnen wir obige 25 Fälle hinzu, so haben wir 665 Uterusexstirpationen mit 637 Heilungen, was einer Mortalität von 4,21 % entspricht.

Trotz ihrer vorzüglichen Resultate hat unsere zum Gemeingut aller Chirurgen gewordene Operation nicht das Bedürfnis nach anderen Methoden aufgehoben und neuerdings in der perinealen und sacralen Methode moderne Nachfolger erhalten.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Geh.-Rat Professor Dr. Czerny für die Anregung zur vorliegenden Arbeit, sowie für die mir jederzeit zuteil gewordene liebenswürdige Unterweisung bei Abfassung derselben meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Centralblatt für Gynäkologie 1877, 1878 und 1880, 1881, 1882, 1883.
Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie VI.
Berliner klinische Wochenschrift 1880, 1881, 1882.
Operative Gynäkologie von Hegar-Kaltenbach, II. Aufl.
Archiv für Gynäkologie II, XIX, XV, 1882, XVI, 1886, 1887.
Schweizer Correspondenzblatt 1882.
Deutsche medicinische Wochenschrift 1881.
Wiener medicinische Wochenschrift 1879, 1880, 1881, 1883, 1884.
Centralblatt für Chirurgie 1883.
Mittheilungen des berliner Chirurgenkongresses 1880.
Wiener klinische Wochenschrift 1893.
Wiener medicinische Blätter 1881.
Schmidts Jahrbücher.
Allgemeine wiener medicinische Zeitung 1880.
Ann. de Gyn. 1893.
Extrait. des Arch. prov. de Chir. Paris 1893.
Gaz. des Hôp. 1893.
New-York med. journ. 1894.
Med. news 1894.
Die letzten 4 Jahrgänge der modernen medicinischen Zeitschriften.